



## Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

### **Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista**

**Patrícia Daniela de Sousa Dias**

Viana do Castelo, janeiro de 2018





## Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

### Relatório de Estágio de Natureza Profissional

## **Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ao abrigo do Despacho nº 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série – nº 8 – 11 de janeiro de 2012

**Patrícia Daniela Sousa Dias**

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre - Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Viana do Castelo, janeiro de 2018

Dias, P. D. S. (2018). Relatório de Estágio de Natureza Profissional - Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto: intervenção do Enfermeiro Especialista. Viana do Castelo. Relatório Final de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Descritores: Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica; Parturiente; Satisfação.

*“If you can’t move the baby, move the mother!”*  
*(“Se não consegues mover o bebé, move a mãe!”)*

Barbara Harper



## **Agradecimentos**

À Professora Augusta Delgado, por todo o apoio, motivação, presença e paciência durante todo o Curso de Mestrado e especialmente durante o Estágio de Natureza Profissional. Sem si não teria chegado tão longe!

Ao Professor Doutor Luís Graça, por toda a ajuda dada na área da investigação.

A todos os Professores do CMESMO, pelos conhecimentos que transmitiram.

A todos os Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia com os quais me cruzei durante o Curso, particularmente à Enfª Ana Paula Lira, Enfª Gorete Lopes; Enfª Goretti Teixeira, Enfª Ludovina Barreiros, Enfª Margarida Esperança, Enfª Milene Costa e Enfª Natália Sousa. Obrigada por todos os ensinamentos, todo o apoio e toda a paciência. Serei com certeza uma melhor EESMO por as ter tido no meu caminho!

À Enfª Fátima Rocha, Enfª Chefe de Obstetrícia e Bloco de Partos do Hospital de Braga, por toda a compreensão, apoio e incentivo.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, pelo companheirismo e pela disponibilidade.

Às minhas companheiras de aventura neste Curso! Obrigada pela partilha de emoções, de vitórias, derrotas e conquistas!

À minha família, Mãe, Pai e Bruno, por terem acreditado sempre em mim e apoiado em toda a minha vida! Espero que se sintam orgulhosos!

Ao Rui, por estar sempre ao meu lado!

Por fim, a todas as mulheres, grávidas, parturientes, puérperas, famílias e bebés por me terem deixado entrar nas vossas vidas!





## Siglas e Abreviaturas

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré Termo

cm – centímetros

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

DPP – Descolamento Prematura da Placenta

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ENP – Estágio de Natureza Profissional

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – Internacional Federation os Gynaecologists and Obstetricians

g. – grama

h – Horas

hCG – Gonadotrofina Coriónica Humana

HELLP – Hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetas diminuídas (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets*)

HTA – Hipertensão Arterial

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

LIG – Leve para a Idade Gestacional

mg – miligrama

min – minutos

ml – mililitros

mmHg – milímetros de Mercúrio

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P –Parto

PP – Pós-Parto

QESP – Questionário de Experiência e Satisfação com o parto

R – Relato

RBA – Rotura de Bolsa Amniótica

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

RN – Recém-nascido

RPM- Rotura Prematura de Membranas

RPMPPT – Rotura Prematura de Membranas Pré Termo

SE – Subescala

SGB – Streptococcus do Grupo  $\beta$ -hemolítico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TP – Trabalho de parto

UI – Unidades Internacionais

WHO – World Health Organization

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
 <b>PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO</b>	
<b>1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ENQUANTO EESMO .....</b>	<b>25</b>
1.1. A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson .....	25
1.2. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	26
<b>2. O CONTEXTO DE CUIDADOS: HOSPITAL DE BRAGA .....</b>	<b>29</b>
<b>3. CUIDAR A MULHER, INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL: A PARTICULARIDADE DA GRAVIDEZ DE RISCO EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.....</b>	<b>31</b>
<b>4. CUIDAR A MULHER, INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, DURANTE O TRABALHO DE PARTO .....</b>	<b>43</b>
4.1. Prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante a indução do trabalho de parto e no primeiro estadio do trabalho de parto.....	44
4.2. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto .....	56
4.3. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o terceiro estadio do trabalho de parto.....	60
4.4. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o quarto estadio do trabalho de parto.....	63
 <b>PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA: POSIÇÕES VERTICALIZADAS DURANTE O PRIMEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	
<b>1. POSIÇÕES VERTICALIZADAS DURANTE O PRIMEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>69</b>
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>77</b>

2.1.	Problemática, justificação e objetivos da intervenção .....	77
2.2.	População e participantes .....	79
2.3.	Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP .....	79
2.4.	Procedimentos de colheita de dados.....	80
2.5.	Considerações éticas.....	83
2.6.	Apresentação, análise e discussão dos resultados.....	83
2.7.	Conclusões .....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		101
ANEXOS E APÊNDICES		

## Índice de Tabelas

TABELA 1 - ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DAS SUBESCALAS 1,2,3 E 4.....	82
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES CONFORME AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=10).....	84
TABELA 3- DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES CONFORME A GRAVIDEZ E O PARTO (N=10).....	86
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO CONFORME A DURAÇÃO DO TP E A ANALGESIA .	87
TABELA 5 - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO RN (N=10).....	87
TABELA 6 -ÁREAS TEMÁTICAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RESULTANTES DOS DISCURSOS PROFERIDOS PELAS PARTURIENTES .....	88
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES CONFORME A EXPERIÊNCIA DE SATISFAÇÃO COM O PARTO (N=10) .....	89



## **Índice de Anexos e Apêndices**

<b>ANEXO I – Autorização dos autores do QESP para a sua utilização.....</b>	<b>cxiii</b>
<b>ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética do Hospital de Braga.....</b>	<b>cxvii</b>
<b>APÊNDICE I – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto – Subescalas 1, 2, 3, e 4 .....</b>	<b>cxxiii</b>
<b>APÊNDICE II – Consentimento Informado.....</b>	<b>cxxix</b>
<b>APÊNDICE III – Matriz de redução de enunciados.....</b>	<b>cxixiii</b>
<b>APÊNDICE IV – Resultados individuais das questões das subescalas 1, 2, 3 e 4 do QESP.....</b>	<b>cxixix</b>





## Resumo

**INTRODUÇÃO:** A prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia requer a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências específicas que foram adquiridas com a realização do estágio. Foram também desenvolvidos conhecimentos e competências na promoção de posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto, através da aplicação de uma intervenção sistematizada.

**OBJETIVOS:** Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia à mulher com gravidez de risco e à mulher em trabalho de parto e parto e perceber os contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto para a experiência e satisfação da mulher.

**METODOLOGIA:** Foram prestados cuidados de enfermagem especializados, baseados nos pressupostos teóricos de Watson e Neuman, à mulher, inserida na família, com gravidez de risco em internamento hospitalar e em trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, otimizando a sua saúde e a do recém-nascido. Após a aplicação da intervenção, procedeu-se à consulta do processo clínico, de um relato escrito e da aplicação de 4 subescalas do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, que posteriormente foram analisados através da análise de conteúdo e da estatística descritiva, respetivamente.

**RESULTADOS:** Prestaram-se cuidados especializados a 62 grávidas de risco em internamento hospitalar; 56 parturientes e seus acompanhantes, nos diferentes estádios do trabalho de parto; e 42 recém-nascidos. Realizaram-se 32 partos eutócicos e prestou-se colaboração ativa em 4 partos. Como resultado da intervenção sistematizada, foram identificados pelas mulheres como contributos: o controlo da dor, a promoção do conforto e relaxamento e a progressão do trabalho de parto. Encontrou-se, também, uma elevada satisfação das mulheres para com o seu trabalho de parto.

**CONCLUSÕES:** Os objetivos delineados, relativos à prestação de cuidados especializados, foram atingidos, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências, colmatando as necessidades sentidas. Face às vivências das parturientes, considera-se importante a utilização de posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto, uma vez que foram identificados contributos

positivos com a implementação desta intervenção, promovendo a experiência e a satisfação com o trabalho de parto.

Palavras-chave: TRABALHO DE PARTO; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PARTURIENTE; SATISFAÇÃO.

## **Abstract**

**INTRODUCTION:** Specialized care in maternal health and midwifery requires the acquisition and development of a set of specific skills that were acquired through the internship. Knowledge and skills were also developed in the promotion of upright positions during the first stage of labor, through the application of a systematized intervention.

**OBJECTIVES:** To develop skills in the provision of specialized nursing care in maternal and obstetrical health to women with a risk pregnancy and to women in labor and delivery, and to perceive the contributions of recourse to upright positions during the first stage of labor for the experience and satisfaction.

**METHODOLOGY:** Specialized nursing care, based on the theoretical assumptions of Watson and Neuman, was provided to women, inserted in the family, with a risk pregnancy during hospitalization and to women in labor, performing the labor in a safe environment, optimizing their health and the health of the newborn. After the application of the systematized intervention, a clinical report, a written report and the application of four subscales of the Experience and Satisfaction with Childbirth Questionnaire were performed, which were later analyzed through content analysis and descriptive statistics.

**RESULTS:** Special care was given to 62 pregnant women with a risk pregnancy during hospitalization; 56 parturient and their companions in the different stages of labor; and 42 newborns. Thirty-two eutocic deliveries were performed and active collaboration was given in 4 deliveries. As a result of the systematized intervention, were identified as contributing factors by women: pain control, comfort and relaxation, and progression of labor. There was also a high satisfaction of women in their labor.

**CONCLUSIONS:** The objectives outlined, related to the provision of specialized care, were achieved, contributing to the acquisition and development of competencies, filling the felt needs. Considering the experience of the parturient, it is considered important to use upright positions during the first stage of labor, since positive contributions were identified with the implementation of this intervention, promoting the experience and satisfaction with labor.

**Key-words:** LABOR; OBSTETRIC NURSING; PREGNANT WOMEN; SATISFACTION.



## **Introdução**

A realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) constitui o término do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo sido a opção escolhida de entre as possíveis para a Unidade Curricular de Dissertação/Estágio de Natureza Profissional/Trabalho de Projeto, realizado entre os meses de junho de 2017 e janeiro de 2018.

O ENP está orientado para um desempenho das funções do enfermeiro especialista no âmbito do exercício profissional na área da Enfermagem de Especialidade em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia em contexto real, com vista a facultar a transição identitária profissional e pessoal do estudante, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, apresenta um conhecimento profundo numa área específica de enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a uma área de intervenção.

Assim, o ENP tem como objetivo geral desenvolver e consolidar competências técnicas, científicas, relacionais, comunicacionais e éticas específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), primando pelo desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e pela prática baseada na evidência científica, tendo como base orientadora da prestação de cuidados o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao longo do decorrer do CMESMO foi possível experienciar a prestação de cuidados especializados em diversos contextos, sendo notada a necessidade pessoal de desenvolvimento de competências específicas na área dos cuidados prestados à grávida e família com gravidez de risco e à mulher em trabalho de parto e parto, pelo que o ENP decorreu na Unidade de Internamento de Obstetrícia - Ala C e Serviço de Bloco de Partos do Hospital de Braga, derivando daí os objetivos específicos do presente estágio:

- Desenvolver e consolidar competências para cuidar da mulher, inserida na família, durante o período pré-natal, com gravidez de risco em internamento hospitalar;
- Desenvolver e consolidar competências para cuidar da mulher, inserida na família, durante o trabalho de parto e parto, e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

A prática da Enfermagem, em geral, e dos cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia, em particular, deve reger-se por modelos teóricos, que orientam e consolidam os cuidados prestados. Assim, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman serviram de modelo teórico de cuidados, contextualizando e orientando a prática de cuidados especializados.

O ENP revelou-se imprescindível para a consecução das exigências da Diretiva nº80/155/CEE de 21 de janeiro de 1980, alterada pela Diretiva nº89/594/CEE de 30 de outubro, transpostas para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei (DL) nº322/87 de 28 de agosto e pelo DL nº15/92 de 4 de fevereiro, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

No ENP pretendeu-se, também, o desenvolvimento de competências específicas sensíveis aos cuidados de Enfermagem especializados, aliando a investigação científica ao exercício profissional. Assim, foi selecionada uma área específica de intervenção, de acordo com as necessidades sentidas ao longo do CMESMO, sobre a qual se trabalhou durante o ENP, primando pela prática baseada na evidência científica, incorporando o que é preconizado pelos principais reguladores de saúde mundiais e pela investigação científica na prática clínica.

De entre várias recomendações para a assistência e promoção do parto normal já enunciadas há mais de 20 anos e reforçadas recentemente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015; 1996), a mulher em trabalho de parto deverá ser encorajada a adotar a posição em que se sente mais confortável, devendo ser incentivado por parte dos profissionais de saúde que assistem as parturientes o recurso a posições verticalizadas, tanto no primeiro como no segundo estadió do trabalho de parto.

Assim, o ENP teve como objetivo desenvolver competências para promover o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadió do trabalho de parto, tendo, para isso, sido desenvolvida uma intervenção sistematizada a ser aplicada às parturientes

que aceitaram livremente participar, e a consequente avaliação da aplicação da intervenção, no sentido de aferir a satisfação da parturiente com o seu trabalho de parto.

De forma a refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, torna-se necessária a elaboração do presente relatório, como elemento facilitador deste processo, recorrendo à análise crítico-reflexiva, que tem como objetivos:

- Analisar e refletir sobre a consecução dos objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do ENP, para a aquisição de competências enquanto EESMO;
- Refletir sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica;
- Descrever a intervenção sistematizada direcionada para a promoção das posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP e analisar os dados obtidos através da sua aplicação em contexto real, com rigor científico e baseada em pressupostos da investigação científica.

O presente relatório engloba duas partes fundamentais: a primeira parte remete para o desenvolvimento das competências enquanto EESMO na sua componente prática, reunindo os modelos teóricos que serviram de base dos cuidados prestados ao desenvolvimento de competências práticas para a prestação de cuidados especializados nas situações de gravidez de risco e durante o trabalho de parto e parto; a segunda parte remete para o desenvolvimento de competências para promover a prática baseada na evidência, cujo tema é a promoção das posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP, onde se apresenta a intervenção sistematizada planeada e aplicada, com vista à obtenção de uma justificação científica para a aplicação desta intervenção na prática diária dos cuidados prestados pelos EESMO. Por fim, são apresentadas as considerações finais relativas a todo o ENP, considerando o percurso desenvolvido e o desenvolvimento de competências integrais para a prestação de cuidados especializados nesta área tão particular e especial.





## **Parte I**

### **O caminho percorrido para o desenvolvimento de competências específicas do EESMO**



## **1. Pressupostos teóricos orientadores do desenvolvimento de competências enquanto EESMO**

A prática da Enfermagem assenta em modelos conceptuais que a guiam e orientam, servindo de referência teórica ao seu desenvolvimento. Para o desenvolvimento das competências específicas do EESMO e também para alcançar os objetivos propostos para este ENP, foi necessário orientar todo o trabalho desenvolvido numa prática de cuidados especializados por um quadro de referência baseado no modelo de Enfermagem de Jean Watson com a Teoria do Cuidado Transpessoal e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

### **1.1. A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson**

A Teoria do Cuidado Transpessoal foi desenvolvida pela enfermeira e investigadora americana Jean Watson, que considera o cuidado como atributo mais valioso que a Enfermagem tem a oferecer e que a diferencia das outras profissões.

Watson (2005) na sua Teoria do Cuidado Transpessoal propõe a relação de cuidar, dando grande ênfase à competência relacional, levando a um olhar para além da componente física, abordando o ser humano como um todo, biológico, social e espiritual. A Enfermagem sustenta-se nos cuidados prestados ao “Outro”, na qual o “Cuidar” é considerado um aspeto central da profissão, com o objetivo da prestação de cuidados holísticos.

Esta teoria apresenta uma abordagem humanista, servindo de guia para a compreensão das respostas humanas, que são na sua essência respostas emocionais. Segundo a autora (Watson, 2002), o conhecimento técnico-científico no cuidado é essencial, mas tem de ser complementado e ampliado através do aspeto social e espiritual, trazendo um novo paradigma do cuidar-curar. O processo de cuidar é considerado uma arte, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com os outros e que tem em consideração o enfermeiro como ser humano, responsável pela relação de cuidar interpessoal com a pessoa que cuida.

Nesta interação enfermeiro/cliente, dá-se o processo de cuidado e desenvolvem-se relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. Ao

enfermeiro cabe a função de fornecer o apoio e proteção, concomitantemente com a tomada de decisão científica. Ao cliente, competem as experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável (Watson, 2005).

A atenção do enfermeiro, mais do que se centrar em “fazer”, deve configurar questões do “Ser”, de modo a tornar os cuidados prestados mais completos, surgindo a arte de Cuidar como meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, em que existe uma conexão com o Outro, com o potencial de curar.

Cada vez mais a função de “Cuidar” do enfermeiro encontra-se ameaçada pela evolução tecnológica, que apela à valorização da vertente tecnicista e que poderá comprometer a humanização dos cuidados. Na área da saúde materna e obstétrica, o tecnicismo e a instrumentalização têm sido desmesuradamente difundidos na prestação de cuidados, tirando lugar à relação interpessoal, à proximidade enfermeiro/grávida ou parturiente e ao toque. No entanto, embora haja necessidade de algum tecnicismo, não será motivo para não atender ao humanismo na prestação de cuidados. Assim, os cuidados desenvolvidos pelos EESMO devem refletir autênticas relações de cuidado transpessoal, onde há lugar para os aspetos sociais, culturais e espirituais da mulher grávida, numa verdadeira arte de cuidar, pelo que se torna essencial a orientação dos cuidados prestados durante o ENP por este modelo de cuidados.

## **1.2. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

Betty Neuman (1995), enfermeira e investigadora americana, desenvolveu o seu modelo teórico dos cuidados de enfermagem assente na valorização da interação do utente com o meio envolvente, e das suas reações perante os stressores envolventes.

A Teoria de Modelo de Sistemas é definida como uma abordagem dinâmica e aberta de sistemas, com o objetivo de facultar um ponto de interesse convergente para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente, sendo que o cliente pode ser definido enquanto sistema, como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (Neuman & Fawcett, 2011).

A pessoa, denominada de cliente, é vista de uma forma global e multidimensional, o que distingue este modelo de outros modelos teóricos, que abordam o indivíduo como ser compartimentado. Este sistema encara todos os elementos em constante interação,

adotando uma visão holística do cliente e estabelecendo uma relação dinâmica integrada na família, grupo ou comunidade (Neuman, 1995).

Perante este modelo, a saúde é tida como um estado de bem-estar ideal num determinado momento, no qual está subjacente um equilíbrio dinâmico entre o bem-estar e o mal-estar, onde o grau de bem-estar se encontra relacionado com a quantidade de energia despendida para recuperar e manter o equilíbrio (George, 2000).

Neste sentido a enfermagem é encarada como uma profissão única que tem em conta as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao enfrentar um stressor, tendo como principal objetivo dos seus cuidados auxiliar o cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema (Neuman, 1995).

A mulher grávida, enquanto pessoa cuidada pelo EESMO, constitui um sistema com características sociais, físicas, fisiológicas, psicológicas e espirituais, integrado num ambiente, família e comunidade e exposta a diversos stressores durante a gravidez (como as alterações físicas e psicológicas fisiológicas e as patologias que podem surgir), o trabalho de parto (como a ansiedade, a dor, o desconforto, entre outros), e o pós-parto (como é o caso do cansaço, das alterações psicológicas e físicas e a dor e o desconforto). Como tal, é essencial para o desenvolvimento adequado dos cuidados especializados a visão da mulher enquanto sistema, tendo em conta todos os aspetos que a possam influenciar. Os cuidados do EESMO são indissociáveis da atenção multidimensional da mulher, sustentados no Modelo de Neuman e, consequentemente, assente numa perspetiva holística da pessoa cuidada.



## **2. O Contexto de Cuidados: Hospital de Braga**

O Hospital de Braga é uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de uma Parceria Público Privada celebrada através de um contrato de gestão assinado pela Administração Regional de Saúde Norte, em representação do Ministério da Saúde.

Esta instituição existe desde maio de 2011, com uma capacidade de internamento até 705 camas, para uma população de cerca de 1,2 milhões de pessoas dos distritos de Braga e Viana do Castelo. Esta nova estrutura física, que veio substituir o antigo Hospital de São Marcos já com mais de 500 anos, é uma estrutura arquitetonicamente moderna, construída para uma perfeita articulação entre as diferentes funcionalidades, sempre na perspetiva de uma maior qualidade de serviço e conveniência para o utente.

O Hospital de Braga pretende assumir-se como um hospital de referência para todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um desenvolvimento sustentado em três pilares: Qualidade da prática clínica diária e da plataforma (instalações, equipamentos); Satisfação dos utentes, dos colaboradores e de toda a comunidade envolvente; Equilíbrio económico-financeiro do Hospital.

Tem como missão: assegurar a realização das prestações de saúde que constituem a produção prevista para cada ano de duração do Contrato de Gestão de acordo com o perfil assistencial; assegurar a disponibilidade do Serviço de Urgência 24h por dia; realizar ações paliativas aos utentes em Internamento e constituindo, formando e mantendo uma equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos; promover a saúde, prevenir e combater a doença e colaborar no ensino e na investigação científica em ordem a contribuir para o bem-estar físico, mental e social da pessoa humana; garantir o acesso às prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos integrados no SNS; prestar à população aqui residente todos os cuidados de saúde de que venha a carecer, no âmbito do seu perfil assistencial, tendo sempre como princípio norteador o primado do utente; assegurar as condições necessárias para o exercício da atividade de ensino pré graduado e de investigação científica como Hospital de Ensino Universitário.

Os valores que o Hospital de Braga defende constituem o padrão de comportamento que respeitam, partilham e privilegiam na gestão das atividades, definindo a sua identidade, sendo eles: o Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa (garantir os direitos e o bem-estar do utente, humanizando a relação e os cuidados prestados), o

Desenvolvimento Humano (incentivar o crescimento dos profissionais, valorizando as capacidades e a procura de um objetivo comum), a Competência (valorizar a capacidade técnica, a formação e a entreajuda de todos os profissionais), a Inovação (encontrar novas formas de atuar, privilegiando o trabalho em equipa e a partilha de conhecimentos) e a Responsabilidade (promover a responsabilidade individual e coletiva na boa prática clínica e na utilização de recursos) (Hospital de Braga, 2017).

De entre os diversos serviços ao dispor do utente do Hospital de Braga destaca-se o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que tem como missão assegurar a prestações dos cuidados de saúde, de acordo com o perfil assistencial do Hospital, às doentes, grávidas, parturientes e respetivos nascituros da região do Minho.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia reparte-se em 4 áreas distintas: Internamento de Ginecologia, que se localiza na Ala D do Piso 5, com 23 quartos individuais; Internamento de Obstetrícia, que se localiza nas Alas B e C do Piso 5, cada uma com 23 quartos individuais, sendo que a Ala C está preferencialmente destinada ao internamento de toda a patologia obstétrica associada ou consequente à gravidez e a Ala B ao internamento de puérperas e Recém-nascidos (RN); Bloco de Partos que se localiza no Piso 5 do Pólo Tecnológico, constituído por 8 salas de parto, uma sala cirúrgica, um sala de recobro cirúrgico e uma unidade de Urgência Obstétrica; e Consulta Externa de Ginecologia, Obstetrícia e Senologia que se localiza no Piso 5 do Bloco I.

A equipa de colaboradores é constituída por Médicos Chefes de Serviço, Médicos Assistentes graduados, Médicos Assistentes Hospitalares, Médicos Internos de Formação Específica, Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais.

De acordo com os objetivos definidos pessoalmente para o ENP, o mesmo decorreu na Unidade de Internamento de Obstetrícia - Ala C, na qual se desenvolveram as competências específicas particularmente relacionadas com a gravidez de risco, e no Bloco de Partos, onde foi possível aprimorar as competências para cuidar da mulher ao longo do Trabalho de Parto (TP) e do RN, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina, conforme se descreve a seguir. Em contexto de Bloco de Partos aplicou-se ainda uma intervenção sistematizada integrada nos cuidados especializados, com vista à sua avaliação para a experiência e satisfação da mulher com o seu TP, que consta da segunda parte do presente relatório.



### **3. Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal: a particularidade da gravidez de risco em situação de internamento hospitalar**

A gravidez constitui-se como um momento de transição na vida de uma mulher, um processo fisiológico, que, por si só, não é considerado um processo de doença, mas sim um processo de adaptação emocional, fisiológico e social, que culmina com o nascimento de uma nova vida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), o EESMO tem como foco da sua atenção a mulher grávida, cuidando-a de forma a potenciar a sua saúde, prevenir, detetar e tratar complicações precocemente, promovendo o bem-estar materno e fetal, sendo da sua competência a vigilância da gravidez de baixo risco de forma autónoma e a vigilância e acompanhamento da gravidez de risco de forma interdependente.

Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada. O risco é dinâmico ao longo da gravidez, podendo modificar-se em qualquer altura, e como tal deve ser reavaliado em todas as consultas de vigilância pré-natal (Direção Geral de Saúde, 2015).

Existe uma multiplicidade de situações que coloca a gravidez num nível de risco superior ao esperado. Sempre que possível, a gravidez de risco deve ser acompanhada em regime de ambulatório, através das consultas realizadas, com uma periodicidade adaptada a cada caso. No entanto, quando a situação carece de acompanhamento, vigilância, monitorização ou tratamento contínuo, o internamento da grávida numa unidade especializada é a alternativa mais segura e eficaz.

No decorrer do ENP na Unidade de Internamento de Grávidas, foi possível prestar cuidados a 62 grávidas em diferentes situações de risco, aprofundando conhecimentos, capacidades e competências para cuidar da mulher grávida em situação patológica, destacando-se as seguintes situações: gravidez ectópica, aborto espontâneo retido, interrupção médica da gravidez por malformação fetal, hiperémese gravídica, ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), pré-eclampsia, Síndrome de HELLP e patologias

diversas não relacionadas diretamente com a gravidez, como pielonefrite e gastroenterite.

A gravidez ectópica é uma complicação inicial da gravidez que ocorre quando o blastocisto se implanta fora da cavidade uterina. A implantação pode ocorrer em qualquer local do aparelho reprodutivo, sendo o mais comum as trompas de Falópio, em cerca de 97% dos casos, existindo o risco de rotura do órgão onde a gravidez se desenvolve, com a evolução da gravidez. O tratamento da gravidez ectópica tem-se alterado ao longo dos anos, sobretudo devido ao seu diagnóstico cada vez mais precoce. Assim pode optar-se por um tratamento terapêutico com metotrexato, que interrompe a proliferação celular, levando ao processo de abortamento ou optar-se pelo tratamento cirúrgico, que é o mais comumente usado em Portugal (Graça, 2010; Kelly, 2017).

Ao longo do estágio foram encontrados pelo menos dois casos de gravidez ectópica, nos quais o tratamento escolhido foi a salpingectomia por via laparoscópica. A gravidez ectópica pode pôr em risco a vida da mulher, se houver rotura da trompa afetada, e, como tal, é essencial que se mantenha vigilância apertada sobre o estado hemodinâmico da grávida até à sua resolução, com particular atenção aos sinais de choque hipovolémico causado por hemorragia, tendo sido uma das competências desenvolvidas (Matos, 2016). É função do EESMO também preparar a mulher para a cirurgia e cuidá-la no pós-operatório. Além disso, o apoio emocional deve ser uma constante nos cuidados prestados pelo EESMO, apoiando, esclarecendo e mostrando-se disponível para a grávida e família em todo o processo de tratamento e pós-tratamento, o que demonstra mais uma vez a necessidade de competências relacionais para a adequada prestação de cuidados especializados em saúde obstétrica e que foram possíveis de aprimorar.

A situação de aborto retido foi outra situação clínica encontrada durante o estágio efetuado. O aborto retido é um tipo específico de gestação intrauterina não evolutiva, com retenção do produto de concepção completo dentro da cavidade uterina. O tratamento em situação de aborto espontâneo pode ser hormonal, através da administração de progesterona, pode ser medicamentoso, através da indução da expulsão do produto de concepção com prostaglandinas, como o Misoprostol, ou pode ser cirúrgico, através da curetagem ou aspiração do conteúdo da cavidade uterina (Graça, 2010). Em contexto de ENP foi realizada colaboração na aplicação dos três tipos de tratamento referidos. Em todas as situações acompanhou-se a mulher durante a execução do procedimento e vigiou-se durante e após o trabalho de abortamento. Há

semelhança do que acontece na gravidez ectópica, também no processo de abortamento o apoio emocional deve ser uma constante, havendo sempre a possibilidade de encaminhar a mulher/casal para apoio psicológico individualizado, quando as intervenções do EESMO não são suficientes para ajudar a mulher a vivenciar a situação de uma forma saudável. Em contexto clínico, foram apoiadas mulheres que vivenciavam a situação de abortamento em circunstâncias diferentes e que obrigaram a uma adaptação dos cuidados prestados e do encaminhamento da situação: situações de aborto espontâneo em gravidezes desejadas e planeadas e situações de aborto retido após interrupção voluntária da gravidez (IVG). Ambas são particularmente delicadas e levaram a adaptar a prestação de cuidados individualmente, sem nunca colocar os ideais e as convicções pessoais à frente dos interesses da mulher de quem se cuidava.

Nas situações de aborto espontâneo, numa gravidez desejada, é fundamental o apoio emocional a dar à mulher/casal, tendo em conta as particularidades de cada personalidade. Se para algumas mulheres conversar foi uma ótima forma de terapia, para outras, um simples toque no meio do silêncio fez mais sentido e cabe a cada profissional adaptar-se a cada mulher/casal. Já nas situações de IVG a conduta adotada teve de ser diferente, tendo como foco de atenção a educação para a saúde da mulher, de forma a evitar uma futura gravidez indesejada.

Prestaram-se cuidados, também, a grávidas/casais a vivenciarem situações de interrupção médica da gravidez por malformação fetal. O desenvolvimento das técnicas de diagnóstico pré-natal permite conhecer com cada vez mais pormenor a saúde do feto, ainda antes do nascimento, predizendo com fiabilidade o seu prognóstico. Este facto coloca os pais numa situação de dilema face à sua atitude perante um diagnóstico pré-natal positivo de uma malformação ou doença fetal grave ou com mau prognóstico. A possibilidade de interromper a gravidez representa para os pais uma alternativa face às situações graves, em que o tipo de malformações e a sua gravidade se assumem como fatores determinantes para a tomada de decisão (Sousa & Pereira, 2009). No entanto, esta é uma decisão complexa e de consequências imprevisíveis. O impacto que este tipo de experiência tem na vida dos casais está longe de ser compreendido na totalidade. Durante a gravidez vão-se desenvolvendo precocemente laços com o feto, os pais vão construindo a imagem do seu filho e iniciam-se os preparativos para o nascimento. Com um diagnóstico de malformação ou de prognóstico grave os casais são confrontados com a perda do filho (real e imaginário), que já fazia parte da família e com o qual haviam já estabelecido uma ligação afetiva. A tomada de decisão sobre

uma interrupção da gravidez é considerada como uma das decisões mais difíceis na vida de um casal, pois trata-se de terminar uma gravidez, muitas vezes desejada, inserida no projeto de vida do casal. A ambivalência de sentimentos é marcada pelo alívio por poder interromper a gravidez de um feto com malformações e a incerteza face ao futuro (repercussões em novas gestações) (Sousa, 2016).

Segundo o autor supracitado, a interrupção de uma gravidez pode acompanhar-se de situações imprevisíveis e complexas, desencadeando alterações físicas e psicológicas que podem ser intensas e graves, que devem ser minimizadas desde a tomada de decisão sobre a interrupção até ao seu tratamento definitivo e posterior acompanhamento. O acolhimento empático, a disponibilidade para ouvir e para ajudar foram indispensáveis à criação de um ambiente de confiança, onde a privacidade e a confidencialidade foram sempre asseguradas, tendo sido esta uma ferramenta trabalhada à luz dos pressupostos teóricos defendidos por Watson e Neuman, inicialmente descritos. Foi também intervenção, enquanto EESMO, a promoção de decisões livres e esclarecidas, garantindo que a mulher/casal compreendia tudo o que envolve a interrupção da gravidez.

A perda gestacional, ainda que precoce, é uma experiência profundamente pessoal e única, que afeta a mulher, casal e família de um modo diferente, exigindo um processo de luto que pode ser muito complexo, sendo por isso importante para o EESMO avaliar qual o significado da perda para cada um dos intervenientes (Pinto, 2005). Assim, foi fornecido apoio psicológico e emocional à mulher/casal, intervindo de uma forma sensível, tendo sempre em consideração as circunstâncias particulares de cada caso. Providenciou-se toda a informação disponível sobre a natureza do aborto, os procedimentos a ser efetuados, os riscos e as eventuais complicações, bem como as implicações para futuras gravidezes. Foi importante informar a mulher/casal sobre a possibilidade de verem o seu embrião/feto após a expulsão, caso fosse esse o seu desejo, demonstrando imparcialidade na postura e respeito pelas crenças e desejos da mulher/casal, conforme defende Rodrigues (2011), embora em nenhuma situação o casal optou pela sua visualização.

Prestar cuidados nas situações de abortamento foi das experiências mais difíceis de trabalhar durante o ENP. Habitualmente, em saúde materna a situação mais comum é lidar com o início da vida e não propriamente com a morte e o luto. O confronto com esta realidade permitiu a aquisição de uma nova visão sobre o trabalho do EESMO, em que o início e o fim da vida andam de mãos dadas. Foi uma experiência que teve uma intensidade que marcou de forma particular o estágio e demonstrou o quanto a

capacidade de empatia e a relação de ajuda podem influenciar a forma como uma mulher/casal vivencia esta experiência marcadamente negativa e inicia o seu processo de luto, essencial para a resolução desta fase menos positiva da vida. Através de competências e capacidades desenvolvidas e baseadas nos pressupostos teóricos de Watson e Neuman, como a empatia, o conhecimento dos desejos do casal, o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, a prestação de informação clara e esclarecedora e o apoio emocional, pode-se minimizar o sofrimento e promover uma vivência do luto associado à perda gestacional menos patológica. Por outro lado, esta situação levou a uma vivência pessoal da morte ainda antes do início da vida, o que colocou desafios pessoais, emocionais e psicológicos com os quais se aprendeu a lidar, criando um distanciamento adequado para proteção emocional, sem nunca descurar a proximidade que o apoio e a empatia para com o casal obrigou, o que se revelou um dos grandes desafios superados ao longo do estágio.

A hiperémese gravídica constituiu uma patologia encontrada em várias grávidas. As náuseas e os vômitos são sintomas frequentes durante a fase inicial de uma gravidez, cessando por volta do início do segundo trimestre, na maioria dos casos. A maioria dos estudos científicos apontam como causa para esta sintomatologia a elevação dos níveis de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG) circulantes no sangue da mulher grávida e as alterações neuro-endócrinas próprias da gravidez, que baixam o limiar emético a nível do sistema nervoso central (Graça, 2010). Quando esta sintomatologia se torna grave e persistente, com náuseas e vômitos incoercíveis, associados a distúrbios nutricionais e hidroeletrólíticos concomitantes, estamos perante a hiperémese gravídica. Esta patologia, se não for tratada atempadamente provoca perda de peso, cetose, cetonúria e alterações neurológicas, hepáticas e renais, que podem pôr em causa a saúde da grávida, além de afetarem a sua qualidade de vida (Casimiro, 2013). Na maioria dos casos, o tratamento passa pela hidratação e reposição de eletrólitos, por via endovenosa, a administração de antieméticos por via endovenosa, progredindo para a via oral, o adequado aporte calórico, com uma dieta ligeira e multifracionada e, em último recurso, a alimentação por via parentérica (Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008).

Assim, o EESMO desempenha um papel fundamental no tratamento desta patologia, tendo havido a possibilidade de orientar a grávida sobre os cuidados alimentares que deve ter para controlar as náuseas e os vômitos, bem como incentivar a adesão ao regime terapêutico instituído. O apoio emocional também foi um aspeto relevante a ter em conta durante a prestação de cuidados. A inclusão do companheiro e família no

tratamento e no apoio à grávida pareceu ser também fundamental para a resolução deste quadro patológico, conforme defende Graça (2010).

A patologia mais frequentemente encontrada neste contexto de práticas clínicas foi a APPT. Genericamente, esta patologia pode ser definida como a existência, antes da 37ª semana de gestação, de contrações uterinas frequentes, regulares e dolorosas, com alterações do colo uterino. Quando se está na presença de uma APPT é essencial conhecer a sua causa, embora em cerca de 20% dos casos não seja possível identificá-la (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). As principais causas de APPT são: rotura prematura de membranas (RPM), corioamniotite, infeção extrauterina urogenital, anomalias da placenta ou uterinas, incompetência cervico-ístmica, hiperdistensão uterina associada a gravidez gemelar ou hidrâmnios, contratilidade uterina, patologia fetal, entre outras (Graça, 2010). O diagnóstico de APPT deve basear-se na identificação das grávidas com risco de APPT, na identificação de sinais premonitórios (como as algias pélvicas, abdominais e lombalgias, a pressão pélvica, alterações no fluxo vaginal e a presença de contrações uterinas), e na presença de sinais avaliados diretamente através da observação e toque vaginal (como modificações das características do colo uterino, do tipo de fluxo vaginal e o teste de fibronectina) (Magro *et al.*, 2016).

A conduta mais apropriada para o tratamento da APPT passa por tentar atrasar o início efetivo do trabalho de parto e promover a maturação fetal (Graça, 2010). Assim, a terapêutica tocolítica constituiu a primeira linha de ação, quando a APPT decorreu entre as 24 e as 34 semanas de gestação e não estavam presentes situações extremas que colocam em risco a vida da mãe e do feto, como é o caso da corioamniotite, a eclampsia e a morte fetal. Os agentes tocolíticos mais frequentemente usados foram a Nifedipina, o Atosiban e o Salbutamol, de acordo com cada situação específica. Nalguns casos, a terapêutica tocolítica cessou a APPT, noutros casos apenas deu tempo para que se cumprissem os protocolos de maturação fetal, de forma a minimizar as consequências para o feto de um parto pré-termo.

De acordo com Graça (2010), o repouso no leito, sobretudo em decúbito lateral esquerdo, contribui para a diminuição da frequência e intensidade das contrações, melhora a circulação uteroplacentar e alivia a pressão da apresentação fetal sobre o colo uterino, podendo ter alguns benefícios em caso de APPT. No entanto, não há evidência de que deva constituir parte obrigatória do tratamento da APPT, embora se tenha verificado a sua recomendação na prática de cuidados realizada.

Procedeu-se também à maturação pulmonar fetal através de corticosteroides (Betametasona ou Dexametasona), em situações de APPT com menos de 34 semanas de gestação, de forma a diminuir os riscos para o recém-nascido prematuro (Magro *et al.*, 2016). Posteriormente, e sobretudo nos casos em que a APPT teve origem na incompetência cervico-istimica, administrou-se progesterona via vaginal, até às 36 semanas de gestação, o que poderá ser útil, pois, além de ter um efeito tocolítico ligeiro, impede a maturação do colo uterino (Cubal & Pereira, 2014).

A monitorização da APPT permitiu o desenvolvimento de competências para cuidar, vigiar e monitorizar a mulher grávida, com particular destaque para a atenção aos sinais e sintomas descritos pela grávida, como a dor ou o desconforto provocado pelas contrações uterinas ou a ansiedade pela vivência da situação, bem como avaliar e monitorizar os sinais de TP. Também foi desenvolvida a capacidade para informar, esclarecer, ensinar e instruir a grávida/casal, demonstrando disponibilidade, atenção e empatia para com quem vivencia esta situação geradora de stresse e ansiedade. Foram várias as situações de APPT vivenciadas, destacando alguns casos específicos: gestação gemelar com alterações no colo do útero às 28 semanas de gestação, na qual o repouso no leito foi o principal meio de tratamento; APPT às 26 semanas de gestações, com contrações regulares e dolorosas, mas sem alterações do colo uterino, onde a terapêutica tocolítica com Atosiban constitui a principal linha de ação; APPT às 32 semanas de gestação, tendo sido realizada maturação pulmonar fetal, seguida de parto pré-termo; APPT às 28 semanas por alterações morfológicas do útero (útero bicórneo), que culminou num parto pré-termo às 29 semanas, por se identificar consequentemente RCIU.

No que diz respeito à RCIU é extrema importância diagnosticá-la precocemente e diferenciá-la de fetos leves para a idade gestacional (LIG). Os fetos considerados LIG crescem sempre a um ritmo inferior ao considerado normal, mas são alimentados e oxigenados normalmente, enquanto que os fetos com RCIU estão afetados na sua nutrição e oxigenação, que se deve a fatores etiológicos que são importantes identificar. Podem-se dividir os fatores etiológicos da RCIU em três grandes grupos: fatores maternos (como a pré-eclampsia, HTA crónica, Diabetes com vasculopatia, nefropatia, alcoolismo, tabagismo, desnutrição, entre outros), fatores placentários (como placenta anómala, vilite crónica, enfartes placentares, placenta prévia, endovasculite hemorrágica) e fatores fetais (cromossomopatias, anomalias multifatoriais, infeções, gravidez gemelar) (Graça, 2010).

Nas situações de RCIU grave, o internamento hospitalar constituiu-se como uma forma de vigilância contínua, aliando o repouso parcial ao controlo dos fatores etiológicos, sempre que possível. A maturação pulmonar fetal fez parte do tratamento quando foi previsível o desfecho da gravidez antes das 34 semanas. Tornou-se preponderante a vigilância do estado de saúde fetal, além da manutenção do bem-estar emocional materno, já que, por diversas vezes, demonstraram sentimentos negativos e fragilidade emocional perante este diagnóstico. Algumas das mulheres cuidadas iam referindo sentimentos de impotência e de fracasso, como que se sentissem que não eram capazes de nutrir adequadamente o seu feto. Com estas mulheres foi trabalhada a componente psicológica de uma forma mais sistemática, explicando-lhe a fisiopatologia, através de informação clara e esclarecedora, bem como, através do apoio emocional e motivacional.

A RPMPT, situação vivenciada por várias grávidas cuidadas, coloca em risco a vida do feto e pode levar ao parto pré-termo. A rotura de membranas é um evento que acontece naturalmente em cerca de 10% das gestações de termo, levando na maioria dos casos ao desencadeamento do parto nas 24 horas seguintes. Se a rotura se verificar antes do início do TP e após as 37 semanas de gestação é designada rotura prematura de membranas (RPM), quando ocorre antes das 37 semanas é, então, designada por RPMPT. Quando acontece RPMPT, o tempo de latência até ao início do TP é inversamente proporcional à idade gestacional, sendo responsável por cerca de 1/3 dos partos pré-termo, e, como tal, uma causa de morbilidade e mortalidade perinatal significativa (Graça, 2010; Hackenhaar, Albernaz & Fonseca, 2014).

Para o diagnóstico de RPMPT deve ter-se por base a anamnese, o exame físico e objetivo, observando-se líquido amniótico no canal vaginal (o exame ginecológico deve ser feito em ótimas condições de assepsia de forma a evitar a infeção), ou recorrer a exames complementares de diagnóstico para deteção da presença de líquido amniótico no canal vaginal que não seja visível, e o exame ecográfico. A RPMPT pode levar a complicações graves, com destaque para parto pré-termo, corioamniotite, descolamento prematuro de placenta (DPP), doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar fetal, deformações do feto e hipoxia fetal (Hackenhaar *et al.*, 2014).

O tratamento da RPMPT deve iniciar-se de imediato e depende da idade gestacional em que acontece. Se acontecer antes das 24 semanas de gestação, a grávida deve ser informada do mau prognóstico fetal e dos riscos infecciosos que corre. Se a RPMPT ocorrer depois das 24 semanas a atitude expectante será a indicada, com recurso a repouso absoluto no leito, com avaliação e monitorização do bem-estar fetal diária e



particular atenção aos sinais de infeção, através de controlo analítico frequente. O repouso no leito prolongado aumenta o risco de fenómenos tromboembólicos, pelo que deve optar-se pela sua profilaxia, habitualmente com Heparina de baixo peso molecular. A atrofia muscular também é uma consequência do repouso prolongado, pelo que deve ser prevenida ou minimizada. A nível terapêutico, deve ocorrer a administração de antibioterapia, para profilaxia da infeção, e recorrer-se à maturação pulmonar fetal, através dos corticoides. No caso de haver atividade contrátil uterina, pode recorrer-se à tocolise até o plano de maturação pulmonar fetal estar concluído. Na RPMPT após as 34 semanas a atitude mais aconselhada é o parto pré-termo, uma vez que, nesta altura, o risco de imaturidade e incompetência fetal é menor que o risco associado a uma possível infeção. Em termos terapêuticos, aconselha-se a administração de antibioterapia até ao parto, de forma a prevenir a infeção neonatal (Graça, 2010; Hackenhaar *et al.*, 2014; Lowdermilk & Perry, 2008).

Nas situações de RPMPT, a prevenção das complicações associadas ao tratamento foi uma prioridade, com destaque para a prevenção da infeção, da APPT e das consequências associadas à imobilidade, a par da vigilância do estado de saúde materno-fetal. Ensinar, instruir, treinar e incentivar a grávida em repouso sobre movimentos musculares e articulares ativos, executar mobilização articular passiva e recorrer à colaboração de enfermeiros especialistas em reabilitação ou fisioterapeutas foram intervenções presentes no plano de cuidados assistenciais. O apoio emocional foi fundamental para que a grávida vivenciasse da melhor forma possível esta fase tão delicada da gravidez, explicando todos os procedimentos e mantendo a grávida/casal devidamente informada. A disponibilidade para colaborar com a grávida nesta situação de dependência foi fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica, tendo em conta os focos de atenção autocuidado, autoimagem e autoestima.

A pré-eclampsia, causa do internamento de diversas grávidas cuidadas, surge na presença de um estado hipertensivo, que pode ser exclusivo da gravidez ou ser crónico. Classicamente, a pré-eclâmpsia é definida como a hipertensão arterial associada a proteinúria durante a gravidez. No entanto, investigações recentes demonstram que, nem sempre estes dois sintomas são exclusivos da pré-eclâmpsia, o que levou à alteração desta definição, incluindo outros sinais e sintomas considerados critérios de gravidade, mesmo quando os níveis de tensão arterial não são assim tão graves (Graça, 2010). Manifestações clínicas como cefaleias, visão turva, fotofobia, dispneia, dor torácica/epigástrica, restrição de crescimento intrauterino e manifestações laboratoriais, como trombocitopenia, elevação da creatinina, ácido úrico, transaminases, constituem

fatores que permitem um diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia e a prevenção de complicações (Casimiro, 2013; Graça, 2010).

O tratamento da pré-eclâmpsia envolve a administração de antihipertensores, sendo os mais recomendados a Metildopa, o Labetalol ou Atenolol, a Nifedipina e a Hidralazina, usados por via oral ou por via endovenosa. Pode também ser necessário a administração de sulfato de magnésio, como forma de prevenção de convulsões, em particular na presença de critérios de gravidade. As medidas de carácter não farmacológico recomendadas para tratamento da HTA na população em geral, como a dieta hipossalina, o exercício físico e a restrição calórica, não estão recomendadas para a gravidez, uma vez que não existe suporte científico que comprove a eficácia destas medidas para o tratamento da HTA na gravidez. O repouso parece ser a única medida importante em caso de pré-eclâmpsia, parecendo reduzir a HTA grave e o parto pré-termo. O tratamento definitivo é o parto, pelo que, na maioria das vezes, o mesmo é programado e planeado. O tipo de parto depende das condições obstétricas, não estando demonstrada nenhuma preferência pelo tipo de parto (Graça, 2010; Linhares *et al.*, 2014; Monteiro & Leite, 2016).

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é para muitas grávidas/casais um diagnóstico inesperado, tal como a necessidade de internamento e de cuidados materno-fetais intermédios e intensivos. O casal passa de uma gravidez como um estado de saúde, para um estado de doença, que coloca em risco a vida da mãe e do bebé, o que é altamente gerador de stresse, medo e ansiedade (Monteiro & Leite, 2016). O acompanhamento das situações de pré-eclâmpsia foi crucial, com particular atenção aos sinais de alterações psicológicas e anímicas, para além de toda a vigilância atenta dos sinais e sintomas relacionados com a patologia, especialmente a Tensão Arterial, a diurese e a proteinúria, que foram monitorizadas com regularidade, bem como vigiado o bem-estar fetal diariamente, através da auscultação e monitorização da FCF, com doppler ou cardiotocografia (CTG). Concomitantemente, foi essencial a transmissão de informação acerca do diagnóstico e suas repercussões de uma forma clara, segura e tranquilizadora, mostrando disponibilidade para esclarecimentos oportunos e dando espaço para ouvir a grávida/casal.

Foi também possível acompanhar duas situações de Síndrome de HELLP, uma durante a gravidez e outro no pós parto. O Síndrome de HELLP (que deriva do inglês: *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets*) caracteriza-se por ser uma das principais complicações associadas à pré-eclâmpsia, embora possa surgir por outros fatores em

grávidas normotensas e sem proteinúria. Nos casos encontrados no ENP a pré-eclampsia esteve na base desta patologia.

Esta síndrome encontra-se bem caracterizada pela associação da hemólise intravascular, aumento da enzimas hepáticas e trombocitopenia, podendo ter vários níveis de gravidade, consoante as alterações clínicas e laboratoriais. A sintomatologia poderá ser semelhante à da pré-eclâmpsia, sobretudo cefaleias, epigastralgias, perturbações visuais, com associação de edemas, especialmente da face, náuseas ou vômitos.

O tratamento definitivo para esta síndrome é a realização do parto, no entanto devem ponderar-se todas as alternativas em prol do bem-estar materno-fetal. Antes das 32 semanas de gestação poderá ser possível adiar o parto, sob o pretexto de promover a maturação pulmonar fetal. Ao mesmo tempo, terá de ser administrado sulfato de magnésio para prevenção das convulsões maternas. Associado à administração de sulfato de magnésio é importante estar atento aos sinais de toxicidade e aos sinais de gravidade da patologia, estando particularmente atento a cefaleias, epigastralgias, perturbações visuais, aumento dos edemas, débito urinário horário da grávida, e monitorização fetal frequente, até à resolução da situação (Casimiro, 2013; Graça, 2010).

Na presença de sinais de agravamento clínico ou laboratorial da grávida ou do feto o término da gravidez deve ser realizado. O Síndrome de HELLP coloca em risco a vida de mãe e filho, pelo que constitui um enorme desafio para os profissionais que cuidam da grávida com esta patologia. Além de um olhar atento de todos os sinais e sintomas que possam indiciar agravamento clínico, é particularmente importante que se demonstre capacidade de empatia, disponibilidade, calma e tranquilidade à grávida, já que a mesma estará envolvida em stresse e medo devido a todo o processo.

Acompanhou-se um caso em particular, de um Síndrome de HELLP no decorrer da gravidez, que promoveu o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos para vigiar e monitorizar o bem-estar materno-fetal, com perspicácia, ao mesmo tempo que se administravam terapêuticas, transmitindo segurança e empatia para com a mulher/casal. Estas situações de stresse nem sempre são fáceis de gerir pelos profissionais de saúde, principalmente numa fase inicial da prestação de cuidados especializados. Como tal, a prestação de cuidados especializados nestes casos extremos foi fulcral para a formação profissional enquanto EESMO.



#### **4. Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto**

Ao longo dos tempos, as práticas associadas ao TP e parto foram-se alterando, deixando de ser um evento natural e vivido no seio da família, sem apoio ou vigilância médica, até se tornar num procedimento realizado quase em exclusividade em ambiente hospitalar. Com este desenvolvimento foram surgindo também os profissionais que acompanham e cuidam da mulher durante este período, começando pelas parteiras tradicionais, até aos EESMO e aos Médicos Obstetras. Embora sejam de salientar todos os aspetos positivos que a hospitalização do parto permitiu, como a redução das taxas de mortalidade perinatal e materna, esta mudança levou a aspetos menos positivos, como o uso de técnicas e procedimentos invasivos, que diminuíram o seguimento fisiológico de um TP. (Cortés, Armero-Barranco, Canteras-Jordana & Martínez-Roche, 2015).

Já em 1996 a OMS publicou diretrizes sobre assistência ao parto normal, com orientações no sentido de dar maior protagonismo à mulher durante o TP e parto, enfatizando a necessidade de promover o parto normal e diminuir para o estritamente necessário a intervenção médica no nascimento, com o objetivo de humanizar os cuidados prestados durante o parto e promover os direitos humanos, principalmente a autonomia e autodeterminação, recomendações que se mantêm atualizadas até aos dias de hoje (OMS, 2015).

Assim, o EESMO constitui-se como um profissional de saúde essencial para a promoção do parto normal, devendo ter presente na sua prática clínica a humanização dos cuidados e o respeito pelos direitos humanos fundamentais, atuando de acordo com as mais recentes evidências científicas no acompanhamento, vigilância, atuação e cuidados durante todo o TP.

O trabalho de parto define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, tal como à expulsão dos outros produtos de concepção, como as membranas amnióticas e a placenta (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2010).

Considera-se que o trabalho de parto se inicia quando se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical e a dilatação. É de crucial importância a identificação e

adequado diagnóstico de início de trabalho de parto, diferenciando um verdadeiro início de trabalho de parto de um falso início de trabalho de parto, que poderá levar a intervenções e práticas desnecessárias e desaconselhadas (Graça, 2010).

O TP constitui-se, assim, como um *continuum* de fases sucessórias, sendo possível identificar 4 estádios do trabalho de parto (Fatia & Tinoco, 2016): Primeiro estadio: dilatação e apagamento ou extinção do colo do útero; Segundo estadio: desde a dilatação completa até à expulsão do RN (também denominado de período expulsivo); Terceiro estadio: desde o nascimento até à dequitação; e Quarto estadio: correspondente às 2 horas seguintes à dequitação, sendo denominado de período de hemóstase ou puerpério imediato.

O EESMO é o profissional de primeira linha no acompanhamento e orientação da mulher e do casal durante todo o processo de TP, devendo estar munido de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais para cuidar autonomamente da parturiente e RN, promover a vinculação mãe/pai/filho e prevenir e detetar atempadamente complicações do estado de saúde da díade mãe-filho, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde através de intervenções interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

#### **4.1. Prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante a indução do trabalho de parto e no primeiro estadio do trabalho de parto**

De acordo com Friedman (1978), a evolução de um TP normal pode ser representada por uma curva sigmóide, na qual se podem definir duas fases distintas do primeiro estadio do TP: a fase latente e a fase ativa. Segundo o mesmo autor, a fase latente é a que decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção completa do colo uterino e uma dilatação de cerca 3-4cm. Atualmente existem estudos que corroboram esta diferenciação em duas fases do primeiro estadio do TP, mas com novas indicações sobre os seus limites (Cohen & Friedman, 2015; Langen *et al.*, 2016). Segundo Langen *et al.* (2016) a passagem da fase latente para a fase ativa do TP depende mais da extinção do colo uterino do que da sua dilatação, estimando que a fase latente termina quando o colo se extingue totalmente, o que acontece entre os 3 a 6 cm de dilatação cervical. Embora as curvas de Friedman sejam colocadas em causa

e discutíveis pela comunidade científica há já alguns anos, e haja a publicação de novas curvas de evolução do primeiro estadio do TP validadas cientificamente (Zhang, Troendle, Grantz & Reddy, 2015), continuam a orientar a tomada de decisão clínica aquando da admissão de uma grávida em início de TP e de quando intervir durante a evolução de um TP normal, tal como pôde ser verificado pela conduta dos profissionais.

As grávidas admitidas em fase latente do TP eram internadas na Unidade de Obstetrícia Ala C, onde existiam condições para lhe proporcionar um ambiente calmo e acolhedor, tendo sido em contexto de internamento que foram prestados cuidados especializados no âmbito da fase inicial do TP.

Durante a admissão à grávida e acompanhante foi realizado o acolhimento e explicados todos os procedimentos decorrentes, de forma a estabelecer uma relação de confiança e de empatia, facilitadora dos cuidados prestados. Procedeu-se à avaliação inicial da parturiente, avaliando a história obstétrica e os antecedentes de saúde, realizando o exame físico, bem como discutidas expectativas de TP e parto, nomeadamente as estratégias para alívio da dor e a presença de acompanhante no TP e parto.

Foi possível constatar que a maioria das mulheres demonstram pouca capacidade para discutir e, principalmente, tomar decisões respeitantes aos cuidados a serem realizados no parto e pós-parto, optando por uma atitude mais passiva. Assim, procurou-se ajudar as parturientes nas decisões, devidamente informadas, permitindo o seu envolvimento no TP e parto, que deve ser encarado como um fenómeno fisiológico no qual a parturiente se insere como orientadora do processo, tendo por base princípios éticos e fundamentais, como o direito à informação, autodeterminação e dignidade humana, sem descuidar o papel preponderante do acompanhante escolhido pela parturiente em todo o processo de cuidados.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o trabalho do EESMO não passa apenas pela parturiente. Este trabalho passa também pelo apoio ao acompanhante, respeitando a sua decisão sobre o grau de envolvimento, informando-o sobre o desenvolvimento do TP, sobre as necessidades da mulher e ensinando-lhe medidas de conforto, formas de apoio e participação no decorrer do TP e parto. A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, alguém em quem ela confie, favorece a vivência positiva da experiência de TP e parto, minimizando os desconfortos, medos e inseguranças, permitindo benefícios emocionais, pois dá lugar ao carinho, ao afeto e ao apoio emocional de alguém que lhe é próximo e que nenhum profissional de saúde consegue substituir (Santos, Oliveira, Amorim & Silva, 2015). A presença de um acompanhante

significativo durante todo o TP é mesmo uma prática recomendada pela OMS (2015), já que melhora vários resultados maternos, incluindo a diminuição da duração do TP, diminuição da taxa de partos vaginais distócicos e cesarianas. A maioria das parturientes acompanhadas escolheu ter como acompanhante o companheiro, tendo sido realizadas diversas intervenções de integração do acompanhante nos cuidados, nomeadamente no que diz respeito ao uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, promoção do conforto e ambiente acolhedor, e o corte do cordão umbilical do RN, de forma a integrar ativamente o acompanhante nos cuidados.

De igual modo, as grávidas admitidas para indução do TP eram internadas na Unidade de grávidas, sendo acolhidas na Unidade sob os mesmos princípios que as grávidas em início de TP.

A indução do TP define-se como a indução artificial da contratilidade uterina de forma que se inicie o TP, antes do mesmo começar espontaneamente (Mishanina *et al.*, 2014). Existe, ainda, alguma controvérsia na comunidade científica sobre quando e em que situações se deve induzir o TP artificialmente, sendo que o que está atualmente aceite é que se deve optar pela indução quando o risco de manter a gravidez para a mãe ou para o feto é superior ao risco de a terminar (Chen *et al.*, 2016). As situações mais frequentes que levam à indução do TP são a gravidez pós-termo (superior a 41 semanas); a diabetes gestacional (às 39 semanas de gestação); em situações de rotura espontânea de bolsa amniótica, sem que se inicie o TP espontaneamente nas 24 horas seguintes; em situações de patologia materna, como pré-eclampsia ou hipertensão arterial; suspeita de corioamniotite; gestação gemelar; feto com RCIU ou feto morto (Fonseca, 2016). A situação encontrada com mais frequência foi a indução do TP por gravidez pós-termo.

O método de indução do TP depende de diversos fatores, tais como o motivo que leva à indução, a integridade das membranas amnióticas e o Índice de Bishop, avaliado através do exame vaginal. Genericamente, existem 3 métodos de Indução do TP: o uso de prostaglandinas ou seus análogos via vaginal (dinoprostona e misoprostol); o uso da sonda de *folley*; e a administração de ocitocina sintética em perfusão contínua (Graça, 2010).

As prostaglandinas usaram-se preferencialmente quando as condições do colo uterino se encontravam desfavoráveis, habitualmente com um Índice de Bishop inferior a 5, promovendo o amadurecimento do colo uterino. Sinteticamente existem dois fármacos com atividade semelhante às prostaglandinas: o Misoprostol e a Dinoprostona. Ambas



têm a particularidade de serem de fácil utilização e aplicação, diminuindo o uso de ocitocina sintética. No entanto apresentam a desvantagem de poderem causar hiperestimulação da contratilidade uterina, o que poderá ter implicações no bem-estar fetal. Além das características já referidas, o misoprostol é de baixo custo, mas o seu efeito não pode ser revertido, já que existe sob a forma de comprimido vaginal, que uma vez administrado não se consegue retirar. Já a dinoprostona é comercializada sob a forma de fita impregnada de libertação prolongada, requer refrigeração e tem um custo bastante superior comparativamente ao misoprostol, embora tenha a vantagem de poder ser removida em caso de necessidade (Alfirevic *et al.*, 2015; Fonseca, 2016).

A dilatação do colo uterino com sonda de *folley* é um método pouco utilizado atualmente, que consiste na dilatação mecânica do colo uterino através do enchimento do balão da sonda, utilizado, sobretudo, em situações em que o colo uterino se encontra com um Índice de Bishop favorável (superior a 5). A sonda deve manter-se insuflada no canal cervical até à sua expulsão espontânea ou até ao máximo de 24 horas, momento a partir do qual poderá ser iniciada perfusão de ocitocina para completar a indução do TP. A atividade uterina deverá ser monitorizada regularmente durante a sua aplicação, bem como o bem-estar fetal (Fonseca, 2016). A OMS (2011) apenas recomenda o uso deste método quando não estão disponíveis prostaglandinas ou quando as mesmas são contraindicadas, não se tendo verificado a sua aplicação em nenhuma situação em contexto de práticas clínicas.

A ocitocina em perfusão para indução do TP utilizou-se quando a grávida apresentava um Índice de Bishop superior a 5 pontos. De acordo com a OMS (2015; 2011), a ocitocina pode ser o fármaco de primeira linha para a Indução do TP, sobretudo quando não estão disponíveis as prostaglandinas, no caso de Rotura de Bolsa Amniótica (RBA), ou ser utilizado após o uso de outros métodos de Indução, nomeadamente após a aplicação de prostaglandinas, com um intervalo mínimo de 6 horas entre a sua administração e o início da perfusão de ocitocina. Durante a sua administração foi necessária vigilância cardiotocográfica contínua, pelos riscos que envolve, como taquissistolia, hipertonia uterina, diminuição da FCF ou desacelerações da FCF e vigilância frequente dos sinais vitais da parturiente (Fonseca, 2016), pelo que a indução do TP com ocitocina apenas se realizou em contexto de Bloco de Partos e não no serviço de Internamento de grávidas.

Foram várias as situações de prestação de cuidados na Indução do TP, verificando-se, maioritariamente, o recurso às prostaglandinas administradas por via vaginal, principalmente o misoprostol, tendo sido essencial o desenvolvimento de

conhecimentos sobre os diversos métodos de indução do TP para melhor monitorizar e vigiar a parturiente, já que cada um deles requereu uma atenção particular no estabelecimento e evolução do TP e no bem-estar materno e fetal.

Durante a fase latente do TP (tanto no TP fisiológico como no induzido) foi dada às parturientes a possibilidade de se alimentarem, podendo comer inclusivamente qualquer alimento do seu agrado, sem restrição de horário; de ocupar o tempo com atividades do seu interesse (ouvir música, ler um livro ou ver televisão) e descansar. Tiveram, também, liberdade de movimentos e posicionamentos, podendo deambular, adotar posições verticalizadas, usar bola de pilates, usufruir do chuveiro com água quente, sendo incentivadas a utilizar este tipo de estratégias para favorecer o relaxamento, o conforto e o alívio da dor, além dos seus possíveis efeitos benéficos na evolução do TP, sempre com o apoio e orientação do EESMO.

A dor, considerada o quinto sinal vital, foi um dos focos de atenção a ter em conta nesta etapa, sendo este um fenómeno emocional complexo, que deve ser encarado segundo um modelo biopsicossocial, individualizado e subjetivo, influenciado por crenças, valores, medos e experiências anteriores pessoais ou reportadas por conviventes significativos (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009). Assim, foi essencial a atenção às manifestações dolorosas da parturiente, valorizando as suas queixas e mostrando-se disponível para colaborar no sentido do alívio da dor. O apoio emocional e o acompanhamento personalizado, para o uso das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, não foi suficiente para algumas parturientes. Nessas situações optou-se pela associação com a terapêutica farmacológica, sendo a Petidina o fármaco opióide de eleição para esta fase, pelo seu rápido início de ação (5/10 min.) e a sua curta semivida (2 horas e 30 min.). Pelas suas características, este fármaco promove o relaxamento e em algumas parturientes induz o sono, o que foi essencial, nalgumas situações observadas, para a evolução do TP. No entanto, a Petidina apresenta alguns riscos fetais resultantes da passagem placentar do fármaco aos quais se prestou particular atenção, sabendo interpretar os sinais enquadrados em todo o contexto situacional. Foi frequente verificar-se diminuição da variabilidade da FCF nos traçados de CTG, existindo o risco de depressão respiratória caso o parto se dê nas 2 a 3 horas após a administração, motivo pelo qual este fármaco não foi administrado na fase ativa do TP (Guerra, 2016).

A evolução do TP foi avaliada sempre que pertinente, com especial atenção aos sinais e sintomas apresentados pela parturiente. Caso a intensidade das contrações e a sua periodicidade aumentassem significativamente, a parturiente se sentisse incomodada

com a contratilidade e com a sensação dolorosa, quando ocorria rotura espontânea da bolsa amniótica ou qualquer perda de sangue vaginal, foi realizado, de acordo com cada caso, exame vaginal e/ou CTG intermitente, no sentido de avaliar o bem-estar materno-fetal e a evolução do TP. O exame vaginal para avaliação da evolução do TP realizou-se o mínimo de vezes possível, já que, segundo a OMS (2015), deve respeitar-se um intervalo de 4 horas entre cada avaliação, sempre que não haja outros sinais ou sintomas que indiquem a sua avaliação.

A decisão de encaminhar a parturiente para o bloco de partos foi tomada com o uso do julgamento clínico, considerando a evolução para a fase ativa do TP, o controlo da dor através de analgesia epidural e a necessidade de monitorização contínua, por razões maternas ou fetais, como critérios de decisão para a transferência.

Já no Bloco de Partos e para que o TP se desenrolasse com a maior das tranquilidades, a privacidade da parturiente/casal foi valorizada, a iluminação da sala diminuída quando não era necessária, e o ruído reduzido ao mínimo, permitindo um ambiente mais calmo e acolhedor. Utilizou-se um tom de voz baixo, com uma linguagem simples e esclarecedora, incentivando a mulher com reforços positivos. Só assim se conseguiu um ambiente intimista e acolhedor, capaz de promover o desenvolvimento eficaz de um trabalho de parto fisiológico (Balaskas, 2017).

Existiu a possibilidade de utilizar a musicoterapia como estratégia de conforto para a parturiente, e à qual grande parte das parturientes aderiu com agrado. A musicoterapia é definida como a utilização da música e dos sons de forma terapêutica, proporcionando uma série de benefícios, como o consolo, conforto, expressão de sentimentos, redução da ansiedade ou stresse, aumento da auto-estima, estabelecimento de contacto ou comunicação com outras pessoas de uma forma mais fácil, relaxamento e diminuição da sensibilidade aos estímulos dolorosos, existindo já evidência científica dos seus efeitos benéficos durante o TP (Gradíssimo, 2014).

Toda a evolução do TP foi continuamente registada, utilizando o partograma como instrumento de registo e monitorização em todas as parturientes cuidadas, o que permitiu avaliar objetivamente a evolução do TP, de forma a diminuir o número de intervenções desnecessárias realizadas. O partograma foi corretamente identificado e incluídos os dados relativos à história obstétrica, idade gestacional, patologias associadas, presença de Streptococcus do Grupo  $\beta$ -hemolítico (SGB), tipo de sangue, data e hora da rutura de membranas (espontânea/artificial e características do líquido amniótico), dados referentes à extinção, dilatação e progressão da apresentação fetal

(planos de Hodge), sinais vitais maternos, frequência cardíaca fetal, administração de fármacos, entre outros dados considerados importantes (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009), tendo sido essencial proceder a uma adequada colheita de dados.

O exame vaginal foi realizado no sentido de avaliar a extinção e dilatação do colo, o tipo de apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a situação fetal (longitudinal, transversal ou oblíqua), a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) a progressão da apresentação fetal (planos de Hodge) e a integridade das membranas amnióticas, realizando-se, apenas, quando estritamente necessário, ou seja, na presença de algum indício de progressão do trabalho de parto (aumento da contractilidade uterina, rutura de membranas e presença de pressão perineal) ou de qualquer sinal de alarme e respeitando as recomendações da OMS (2015) já referidas anteriormente. Para a sua realização foi sempre tida em conta a informação prévia da parturiente e o seu respetivo consentimento informal, respeitando a sua privacidade, autonomia e direito à informação esclarecida (Graça, 2010).

As contrações uterinas foram outro foco de atenção de enfermagem, tendo sido avaliadas pela descrição subjetiva da mulher, pela palpação abdominal do fundo uterino e pela tocografia. Com a realização da palpação abdominal, designada Manobras de Leopold, conseguiram obter-se informações acerca da localização do fundo uterino, que é o local mais aconselhável para colocar o tocodinamómetro, da intensidade das contrações e a frequência das mesmas e informações acerca da posição do feto *in utero*, percebendo o local onde se encontrava o foco (Lowdermilk & Perry, 2008). Na realidade, o toque e palpação do abdómen da parturiente é uma prática que tem vindo a ser substituída cada vez mais pela tecnologia, embora possa ser utilizado não só como método de diagnóstico, mas também como forma de estabelecimento de comunicação e empatia, de uma forma terapêutica, pois permite o contacto entre a pele do EESMO e a pele da parturiente, estreitando a ligação entre ambos, tendo sido uma das técnicas trabalhadas.

Cada contração é caracterizada pela sua frequência (numero de contrações em cada 10 minutos), intensidade (a força de uma contração no seu pico – leve, moderada ou intensa), duração e tónus de repouso e foi a estes indicadores que se prestou particular atenção, prevenindo e diagnosticando precocemente complicações associadas às contrações uterinas (Graça, 2010). Nalgumas parturientes cuidadas foram diagnosticadas situações de taquissistolia, associadas ao uso de fármacos para indução do TP, que requereram medidas profiláticas, como a remoção do fármaco indutor das

contrações (no caso da Ocitocina em perfusão ou da Dinoprostona) e de tratamento, nomeadamente a administração de fármacos tocolíticos, como o Salbutamol, num caso específico de hipertonia uterina com taquissistolia após uma indução do TP com Misoprostol.

A FCF, monitorizada através de CTG, permitiu obter informação acerca do bem-estar fetal, com particular destaque para a FCF basal, a variabilidade, o padrão da FCF e a existências de acelerações e desacelerações e as suas características, que são excelentes preditores do bem-estar fetal durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008).

Atualmente a monitorização do TP por CTG tornou-se indispensável à prática do trabalho dos profissionais. No entanto, sabe-se que a monitorização contínua obriga a cingir a parturiente à cama, o que traz atrasos na evolução do TP, aumentando o grau de intervencionismo no parto. Assim, considera-se atualmente adequado a monitorização contínua nos casos em que há risco de hipoxia ou complicações e a monitorização intermitente nas situações de baixo risco (Ayres-de-Campos, Spong & Chandrachan, 2015; Lewis & Downe, 2015).

Para realizar CTG intermitente é recomendada monitorização da frequência cardíaca fetal durante pelo menos 60 segundos, incluindo o período durante e 30 segundos após a contração. Os intervalos da auscultação intermitente devem ser de 15-15 minutos durante a fase ativa do 1º estadio do TP e de 5-5 minutos no 2º estadio do TP. É crucial que os profissionais tenham experiência na realização de auscultação intermitente sendo necessária a identificação da linha basal da frequência cardíaca fetal, a identificação de episódios periódicos como acelerações ou desacelerações; sendo ainda importante registar a frequência das contrações, a presença de movimentos fetais e a frequência cardíaca materna (Santo, 2016).

Ao longo do estágio foram aplicados os dois tipos de monitorização durante o TP, de acordo com cada situação encontrada, embora tenha sido utilizada com maior regularidade a monitorização contínua intercalada com períodos de pausa, nomeadamente para permitir as posturas verticalizadas e a livre movimentação da parturiente. Além disso, a análise cuidada dos traçados obtidos através do CTG permitiu interpretar os sinais apresentados e inferir acerca do bem-estar fetal. Foi interessante relacionar o traçado do CTG com o que ia acontecendo ao longo do TP, nomeadamente aquando cada exame vaginal, administração de analgesia epidural, rotura de bolsa amniótica, mudança de posicionamento materno, entre outros, já que avaliar o CTG sem o incluir em toda a envolvimento do TP pode levar a diagnósticos menos precisos. A

interpretação do traçado CTG permitiu, ainda, diagnosticar precocemente alterações do bem-estar materno-fetal, comunicando à equipa médica as situações potencialmente patológicas e tomando medidas imediatas de correção, como posicionar a parturiente em decúbito lateral, avaliar os sinais vitais e corrigir eventuais desvios ao seu padrão normal, entre outras medidas favorecedoras do bem-estar materno e da circulação uteroplacentária.

Ao longo da evolução normal do TP, e sempre de acordo com o seu desejo e necessidades pessoais, a parturiente foi incentivada a deambular, fazer exercícios em bola de pilates ou em pé, tomar um duche, ouvir música, ou descansar em decúbito lateral, no sentido de minimizar o desconforto, a ansiedade e, desta forma, facilitar a evolução favorável do TP. Denotou-se que grande parte das parturientes referiam alívio da dor e desconforto e maior relaxamento com o uso de duas estratégias particulares: a livre movimentação com a bola de pilates e o uso do duche de água quente em posição verticalizada, tendo sido apoiadas e incentivadas a utilizar estas estratégias sempre que possível, ao longo de todo o primeiro estadio do TP.

De acordo com várias publicações da Organização Mundial de Saúde (2015; 1996), a mulher deverá ser encorajada a adotar a posição em que se sente mais confortável, devendo ser incentivado por parte dos profissionais de saúde o recurso a posições verticalizadas durante o TP. Esta foi uma competência do EESMO trabalhada em particular, através da aplicação e avaliação de uma intervenção sistematizada, e que será alvo de descrição e análise da sua efetividade na segunda parte do presente relatório.

Com a progressão do TP foi verificado aumento do desconforto e dor. A par das estratégias não farmacológicas já referidas, as estratégias farmacológicas foram colocadas à disposição da parturiente, tendo esta a liberdade de escolha sobre o momento em que pretendia que lhe fosse administrada analgesia por via epidural, técnica mais comum durante o TP.

A analgesia epidural constitui uma forma de aliviar a dor durante o TP, que consiste numa técnica invasiva de administração de terapêutica na zona epidural da coluna lombar (Sng *et al.*, 2014). É realizada entre a quarta e a quinta vertebra lombar, habitualmente recorrendo a dois tipos de fármacos, um anestésico, a Ropivacaína e um analgésico opióide, o Sufentanil, através da colocação de um cateter epidural, que fica colocado até ao final do TP. Podem ser diversos os métodos utilizados para realizar a analgesia epidural, podendo ser conseguida através de uma analgesia intermitente,

injetando, repetidamente, o anestésico ou analgésico, que promove conforto e alívio da dor entre uma a duas horas e repetir a administração consoante as necessidades da parturiente, tendo sido este o método utilizado pela equipa de anestesiologia para com as parturientes cuidadas no ENP. Com este método não existe acumulação de analgesia via epidural e, como tal, a probabilidade de bloqueio motor é menor, dando mais garantias de sucesso do controlo da dor sem retirar sensibilidade, o que permitiu que a parturiente continuasse a recorrer a posições verticalizadas, inclusive a deambulação (Grant, Tao, Craig, McIntire & Leveno, 2015).

A explicação do procedimento à parturiente foi uma das intervenções realizadas. Foi igualmente importante a avaliação de alterações da coagulação (estar a ou não a fazer hipocoagulação) ou presença de alguma patologia hematológica a nível analítico, sendo estas situações verificadas previamente, assim como a presença de alergias medicamentosas. Foi ainda necessária a cateterização de uma veia periférica, preferivelmente no antebraço esquerdo, colocando em perfusão um Lactato de Ringer para correção da volémia, monitorização frequente de sinais vitais após cada administração terapêutica, no sentido de despistar consequências da terapêutica administrada e monitorização contínua através de CTG (Graça, 2010).

Posteriormente a parturiente foi posicionada em decúbito dorsal, para permitir uma adequada difusão terapêutica, durante pelo menos 10 minutos, e, depois, aconselhada a colocar-se em decúbito lateral, promovendo uma adequada perfusão uteroplacentar, para avaliação do traçado CTG, durante um período de pelo menos 20 minutos, e dos sinais vitais. Após este período, se não houvessem alterações nos sinais vitais maternos nem no CTG, a perfusão de Lactato de Ringer era suspensa. Segundo as orientações clínicas da National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014) a perfusão de fluidos endovenosos só deve ser realizada com indicações específicas, como por exemplo no tratamento da hipotensão, em emergências hemorrágicas e na administração de analgesia, devendo ser suspensa após a resolução do problema, no sentido de evitar a hipervolémia e consequente retenção de líquidos. Se a parturiente se sentisse confortável e com sensibilidade nos membros inferiores, era incentivada a levantar-se e a recorrer à posição verticalizada, realizando a monitorização da FCF de forma intermitente.

No que respeita à ingestão de líquidos ou alimentos durante a fase ativa do TP foram seguidas as principais recomendações baseadas na evidência mais atualizada (Ozkan, Kadioglu & Rathfisch, 2017), que refere que a restrição hídrica ou alimentar durante o TP não constitui uma mais-valia para o seu favorecimento. A ingestão hídrica e de

alimentos leves durante o TP, de acordo com a preferência da parturiente, é uma prática defendida pela OMS (2015) para a conduta de promoção do parto normal, particularmente nas situações de baixo risco. Desta forma, era permitido que a mesma ingerisse líquidos claros, como água, chá, gelatina, sumos de fruta sem polpa e rebuçados durante o TP. Segundo a OE (2012), a parturiente, se desejar, pode ingerir durante todo o TP líquidos claros, no sentido de favorecer a progressão do TP e promover o bem-estar materno e fetal. Esta medida é, também, defendida pelo NICE (2014), advogando a não restrição à ingestão de alimentos, sobretudo nas parturientes de baixo risco.

A eliminação vesical constitui outro dos focos de atenção. A parturiente foi encorajada a urinar, pelo menos, de duas em duas horas, uma vez que a bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação fetal, inibir as contrações uterinas e provocar uma diminuição do tônus da bexiga ou atonia no pós-parto (Graça, 2010). O recurso ao esvaziamento vesical era colocado em prática nas situações de retenção urinária (depois de esgotadas todas as estratégias para a parturiente urinar espontaneamente) e na presença de globo vesical, o que ocorreu com frequência nas parturientes após administração da analgesia epidural ou devido à administração de terapêutica ocitócica.

A terapêutica ocitócica administrou-se apenas nos casos indicados e sempre sob prescrição médica. Segundo a OMS (2015), esta terapêutica deve ser utilizada para aumentar a progressão do TP apenas nos casos de disfunção contrátil hipotónica e de atraso confirmado do TP. A mesma organização afirma que o uso de ocitocina para prevenir atrasos no TP ainda não diagnosticados ou para acelerar TP que se desenrola naturalmente é uma má prática, colocando em risco o bem-estar fetal e materno, o que, por sua vez, leva a mais intervencionismo por parte dos profissionais de saúde. Assim, a perfusão ocitócica (10 UI de Ocitocina em 1000ml de Soro Fisiológico) foi iniciada a um ritmo lento (12 ml/h), com um aumento progressivo a cada 30 minutos até ao máximo de 64 ml/h ou até se obter contractilidade uterina regular, mantendo-se, a partir desse momento, o ritmo de perfusão atingido. A perfusão foi interrompida nos casos que evidenciaram ou sugeriram sofrimento fetal ou quando não se verificaram modificações nas condições do colo uterino ou progressão da apresentação (Graça, 2010). Verificou-se a importância da monitorização CTG continua para adequada avaliação do bem-estar fetal, de forma a despistar precocemente complicações associadas à hipercontractilidade uterina, como as desacelerações da FCF. As alterações da FCF obrigaram a uma intervenção rápida e vigilância cuidada, tendo-se verificado situações em que foi necessária a suspensão da terapêutica ocitócica, a mudança de posicionamento da



parturiente ou a administração de soroterapia para corrigir desvios no padrão normal dos sinais vitais, como a hipotensão.

Outra situação específica diz respeito às parturientes que apresentavam colonização reto-vaginal assintomática por SGB. Sabe-se que a transmissão desta bactéria ao RN constitui a principal causa de infecção neonatal, podendo levar a um quadro de sépsis neonatal, pneumonia, meningite e infecções focais como mielite, artrite séptica ou celulite. De forma a prevenir a transmissão do agente bacteriano causador das infecções já referidas é essencial a administração de antibióticos por via endovenosa durante o período intraparto (Graça, 2010; Penelas & Pinheiro, 2016). Assim, segundo o protocolo do serviço e em concordância com Graça (2010) realizaram profilaxia intraparto as grávidas que apresentaram um rastreio positivo para esta bactéria, que tiveram um RN anterior com infecção por SGB, que apresentaram bacteriúria com SGB na presente gravidez; que não houve conhecimento sobre a colonização de SGB (cultura não realizada, incompleta ou resultado desconhecido) e na presença de trabalho de parto pré-termo. A profilaxia foi iniciada no momento de admissão por trabalho de parto ou rutura prematura de membranas e terminada no período expulsivo. O antibiótico de eleição para a profilaxia é a penicilina (numa dose de inicial de 5 milhões e 2,5 milhões de 4/4h até ao parto) ou ampicilina (numa dose inicial de 2g e de 1g de 4/4 horas até ao parto), sendo que, nos casos de alergia à penicilina, optou-se pela clindamicina ou eritromicina. Considera-se profilaxia adequada quando se obtêm pelo menos quatro horas de cobertura antibiótica, correspondentes a 2 tomas de antibiótico, até ao momento do parto (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

Nas situações de rutura de membranas superior a doze horas, independentemente do resultado do rastreio do SGB, procedeu-se à profilaxia com antibioterapia, no sentido de diminuir o risco de infecção materna e neonatal, optando pelo mesmo esquema terapêutico já referido (Graça, 2010).

Quando a parturiente se encontra na fase ativa de TP, para além de poder contar com o apoio do companheiro ou outra pessoa significativa, necessita muito do acompanhamento, da assistência e apoio por parte do enfermeiro especialista. Segundo Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017) e Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston (2012), o suporte durante o TP e nascimento inclui o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, assim como o aconselhamento e informação à mulher. O suporte prestado à parturiente pode levar a uma redução na duração do TP, a uma diminuição das complicações e intervenções cirúrgicas e obstétricas, aumentar a autoestima e satisfação e consequentemente maior colaboração por parte da

parturiente. Tendo a noção que o suporte físico, emocional e psicológico à mulher em TP é extremamente benéfico, este constituiu um dos principais focos de atenção dos cuidados de Enfermagem especializados desenvolvidos durante a prestação de cuidados às 56 parturientes cuidadas no decurso do ENP.

#### **4.2. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto**

O segundo estadio do TP inicia-se com a dilatação cervical completa (10cm) e extinção total do colo uterino (100%) e termina com o nascimento do RN. Este acontecimento é esperado que seja o mais fisiológico possível, não associado a complicações, resultando da força eficaz exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade, e pelos esforços expulsivos maternos favoráveis ao desenrolar do TP (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009).

Este estadio pode ser dividido em três fases: a fase latente, de descida e transição, sendo caracterizadas por comportamentos verbais e não-verbais da parturiente, atividade uterina, impulso para fazer esforços expulsivos e pela descida da apresentação. A fase latente pode ser compreendida como um período de descanso, na qual a apresentação fetal vai descendo lentamente na cavidade pélvica e rodando para uma posição anterior, sempre que possível, na presença de contractilidade eficaz (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo Downe (2005) optar por uma intervenção passiva, na qual a mulher só inicia esforços expulsivos quando sente vontade pode constituir uma medida eficaz no sentido de diminuir a fadiga durante o TP, promovendo uma maior sensação de auto-controlo, o que resulta em esforços expulsivos eficazes, com diminuição do número de partos instrumentalizados e melhores resultados maternos e neonatais.

O impulso expulsivo involuntário ocorre quando a contração alcança 30mmHg de amplitude e a apresentação fetal distende os músculos do pavimento pélvico, provocando o reflexo de Ferguson, que acontece simultaneamente com a libertação de ocitocina, aumentando a qualidade e a intensidade das contrações, o que favorece o esforço expulsivo realizado (Long, 2006).

Durante a prática de cuidados esta atitude foi a preferencial, no entanto, em casos raros em que a parturiente estava sujeita a analgesia epidural intensa, com bloqueio sensitivo e/ou motor, verificou-se necessidade de orientação no que se refere ao momento de iniciar os esforços expulsivos, devendo, estes, ser iniciados apenas quando a apresentação fetal se encontrava no terceiro plano de Hodge e numa posição anterior (Lowdermilk & Perry 2008).

Durante os esforços expulsivos era avaliada a respiração da mulher, aconselhando-a a realizar inspirações profundas, no sentido de promover uma oxigenação materna e, conseqüentemente, fetal adequada. A parturiente deve realizar os esforços expulsivos durante a expiração (esforço de glote aberta) e deve respirar entre os mesmos, resultando, aproximadamente, em cinco esforços expulsivos por contração, devendo durar cada esforço cinco segundos (Graça, 2010). Realizar esforços expulsivos contínuos sustendo a respiração pode desencadear a manobra de Valsalva, comprometendo o bem-estar materno e fetal, tendo sido esta prática desencorajada.

Por sua vez a descida da apresentação fetal pode estar comprometida pela própria posição da parturiente, fazendo com que esta não sinta necessidade de realizar esforços expulsivos, prolongando a duração do TP. Esta situação ocorre, essencialmente, quando a parturiente se encontra na posição dorsal, pelo que as parturientes foram encorajadas, sempre que possível, a adotar uma posição vertical (de pé, de cócoras, de joelhos e mãos no chão), de forma que a gravidade pudesse atuar e a bacia óssea ficar móvel, facilitando todo este processo. A posição vertical está associada a diversos benefícios, constituindo uma das principais recomendações de diferentes organizações mundiais relativas aos cuidados que o EESMO deve ter durante o TP, no sentido da sua humanização e promoção da sua evolução favorável. Nas situações nas quais se verificou dificuldade de a parturiente adotar uma posição vertical, a mesma era aconselhada a adotar uma posição lateralizada, na medida em que esta, também, está associada a resultados mais vantajosos, comparando com o decúbito dorsal (Organização Mundial de Saúde, 2015).

No que respeita à duração do segundo estadio do TP, esta pode ser influenciada por vários fatores, nomeadamente a eficácia das contrações uterinas, tipo e dosagem de analgesia administrada, condição física e emocional materna, posição adotada, nível de atividade, paridade e compatibilidade feto-pélvica, tamanho, apresentação e situação do feto e tipo de suporte que a mulher recebe. Assim, numa nulípara o segundo estadio do TP pode durar até 3h, ou até 3,6h em caso de analgesia epidural, e numa múltipara até 1,5h ou 2h, com analgesia epidural (Zhang *et al.*, 2015). Nas situações em que este

estadio se prolongou por mais de duas horas, foi comunicado ao médico obstetra. No entanto, nas situações em que houve indícios de progressão do TP, com bem-estar fetal e materno, não existiram motivos para a realização de intervenções prematuras que pudessem levar à ocorrência de partos instrumentalizados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Continuou-se a dar liberdade à parturiente para se colocar na posição mais confortável para exercer esforços expulsivos. Beber água continuou a ser permitido, bem como manter a luz do quarto diminuída, utilizando apenas um foco para o períneo. Foi interessante verificar que algumas parturientes preferiram optar pela posição lateralizada para o período expulsivo, em vez da posição de litotomia. Das que preferiram ficar em litotomia, a maioria preferiu ficar com os pés pousados na cama em vez dos apoios dos membros inferiores (perneiras) e promoveu-se a liberdade da região sacrococcígea, de forma a otimizar os movimentos da bacia.

Durante o momento de espera de expulsão do RN, a monitorização CTG contínua foi mantida no sentido de despistar algum sinal de sofrimento fetal.

Aquando da expulsão do feto optou-se, na maioria das vezes, por uma atitude expectante, sem episiotomia, sem proteção perineal e sem manobras de rotação ou desencravamento dos ombros do feto.

Ao longo dos anos várias investigações têm sido realizadas no sentido de demonstrar que a realização de episiotomia por rotina não é vantajosa. Segundo o NICE (2014) a episiotomia não deve ser realizada por rotina, reservando o seu uso a indicações maternas ou fetais, no sentido de abreviar o período expulsivo por existirem sinais de sofrimento fetal ou facilitar partos mais difíceis, que necessitem de um maior grau de intervenção (partos instrumentalizados), independentemente do motivo. Nesse sentido, nalguns partos realizados recorreu-se à episiotomia mediolateral esquerda, para abreviar o período expulsivo por desacelerações da FCF.

O mesmo acontece com a proteção perineal, cuja eficácia não está devidamente comprovada. O uso de compressas quentes pode reduzir o trauma perineal e esta intervenção foi, geralmente, bem aceite pela parturiente (Aasheim, Nilsen, Reinart & Lukasse, 2017), tendo sido aplicada em alguns partos realizados. As técnicas de “*hands on*” (a mão esquerda aplica pressão sobre a cabeça do bebé e a mão direita é colocada contra o períneo) ou “*hands off*” (atitude expectante, sem tocar no períneo) também foram usadas, de acordo com cada caso, já que ambas podem ser uteis para a prevenção do trauma perineal, se usadas adequadamente (Aasheim *et al.*, 2017; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014). A técnica de “*hands on*” foi

utilizada em todos os partos nos quais se realizou episiotomia, enquanto que a técnica de “*hands off*” foi utilizada, preferencialmente, nos partos nos quais se optou pela atitude expectante, deixando os esforços expulsivos maternos e a movimentação da apresentação fetal evoluírem naturalmente.

Aquando da saída da cabeça fetal, esta apenas foi suavemente contida, de forma a não ocorrer uma saída brusca, e, de seguida, realizada uma pesquisa na zona do pescoço do feto para despistar circulares de cordão umbilical, que foram encontradas por diversas vezes nos partos realizados, conseguindo-se a sua resolução passando-as pela cabeça fetal ou através da manobra de Sommersault, não necessitando de laqueação prévia. Apenas numa situação em particular foram encontradas três circulares de cordão umbilical ao pescoço, bastante apertadas e às quais se realizou laqueação prévia. No entanto, sabe-se que esta é uma prática a evitar. A OMS (2014) recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical para todos os nascimentos, reservando a laqueação prévia ao nascimento a situações muito específicas e nas quais não se consiga realizar o nascimento sem resolver as circulares apertadas. Outros autores (Hutchon, 2013; Mercer, Skovgaard, Peareara-Eaves & Bowman, 2005) defendem que para resolver circulares apertadas ao pescoço se deve optar pela manobra de Somersault em vez da laqueação prévia.

Após a saída completa da cabeça fetal foi esperada a próxima contração para a saída dos ombros, que se tentou que decorresse de forma natural, embora, em algumas situações, fosse necessária a realização de manobras de desencravamento dos ombros para auxiliar a saída do corpo fetal.

Após a expulsão completa do RN foi verificada a hora de nascimento, felicitando a mulher/casal e prestados os cuidados e vigilância, para promover e avaliar a adaptação à vida extra uterina do RN, que serão desenvolvidos no subcapítulo seguinte.

No ENP foram realizados 32 partos eutócicos e prestada colaboração em 4 outros partos distócicos, nos quais foi de crucial importância a articulação entre a técnica e a perícia de realização do parto, sem descuidar a integração da parturiente/casal no nascimento do seu filho, através da capacidade de comunicação, do estabelecimento de relação empática e de integração de todos os conhecimentos desenvolvidos.

#### **4.3. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o terceiro estadio do trabalho de parto**

O terceiro estadio do TP inicia-se com o nascimento do RN até à dequitação, sendo um período de tempo em que a atenção do profissional de saúde deverá estar dividida entre a vigilância da saúde materna e adaptação do RN ao ambiente extrauterino.

Após o nascimento, o RN era colocado diretamente no abdómen materno, promovendo o contacto pele a pele e a vinculação, já que a evidência demonstra que os RN, quando colocados em contato pele-a-pele com a mãe, adaptam-se mais facilmente à vida extrauterina. Eles mantêm-se quentes, mais calmos, menos chorosos, têm menores níveis de hormonas do stresse, e adaptam-se à mama mais cedo que os bebés que são afastados das suas mães (Feldman, Rosenthal & Eidelman, 2014).

Foi em contacto pele a pele que se prestaram os primeiros cuidados, nomeadamente a secagem e a avaliação do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos. O Índice de Apgar constituiu uma excelente forma de avaliar a adaptação extrauterina do RN, com a avaliação dos seguintes parâmetros: frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio ou palpação do pulso do cordão umbilical, frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica, tônus muscular pelo grau de flexão e movimento das extremidades, irritabilidade reflexa pela resposta à estimulação tátil, e pela cor da pele, sendo cada item pontuado de 0, 1 ou 2, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. Um Índice de Apgar acima de 7 no primeiro minuto de vida corresponde a uma adaptação à vida extrauterina normal, mantendo-se uma atitude expectante, com vigilância atenta do estado do RN; um score inferior a 7 obriga à realização de manobras de suporte de vida, devendo sempre pedir-se colaboração à equipa de Neonatologia (Freitas & Batista, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008), o que apenas se verificou uma vez nos partos realizados.

O corte do cordão umbilical protelou-se o mais possível, pelo menos até o cordão parar de pulsar e nalguns casos até ocorrer o dequite. De acordo com a literatura consultada, é possível concluir que existem diversas vantagens, para o RN, em atrasar o corte do cordão umbilical, para 3 a 5 minutos ou quando o mesmo para de pulsar, sendo de salientar o aumento da hemoglobina e do hematócrito, nos primeiros dias de vida, o aumento das reservas de ferro na primeira infância e as suas repercussões positivas na prevenção da anemia por défice de ferro e no desenvolvimento neurológico, assim como o aumento do número de células estaminais que passam para o RN, o que lhe trará

diversos benefícios ao longo de toda a vida (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris 2014).

Por outro lado, o corte tardio do cordão umbilical impede a criopreservação de células estaminais, já que, após alguns minutos sem laquear, o volume de sangue residual no cordão umbilical é insuficiente para permitir uma remoção em quantidade viável de sangue para proceder à criopreservação.

Ainda persistem dúvidas relativamente aos efeitos do corte tardio do cordão umbilical nos índices de icterícia neonatal com necessidade de fototerapia e de policitemia, embora, as mais recentes investigações demonstrem que a icterícia e a policitemia resultantes são fisiológicas e que, portanto, não necessitam de tratamento ou cuidados adicionais. Para a mãe, sabe-se atualmente que o corte precoce ou tardio do cordão umbilical não induz qualquer interferência na prevenção da hemorragia pós-parto (McDonald *et al.*, 2014). Assim, primou-se por aplicar na prática clínica a mais recente evidência científica, apoiando a mãe/casal no processo de tomada de decisão sobre qual a melhor conduta a adotar no que diz respeito ao corte do cordão umbilical, explicando com clareza as vantagens e desvantagens do corte precoce e tardio do cordão umbilical. Assim, tendo presente a prática baseada na evidência científica e adotando a conduta que melhor potencia os ganhos em saúde para o RN e para a mãe, nos partos realizados, o corte do cordão umbilical foi executado após o mesmo parar de pulsar ou após o dequite, incluindo nas situações de colheita de sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais.

Ao mesmo tempo, manteve-se vigilância atenta da perda sanguínea materna, prestando particular atenção à contração uterina. Após a expulsão do feto, e a ocorrência simultânea de contractilidade uterina, ocorre uma sensível diminuição do tamanho do útero. Por sua vez, através deste mecanismo, a superfície interna do corpo do útero diminui, enquanto que a superfície da placenta se mantém do mesmo tamanho, o que faz com que esta se contraia e se separe da parede uterina através da decídua esponjosa. Desta forma, ocorre uma contração e retração do miométrio, provocando um efeito de colapso das fibras oblíquas em torno dos vasos sanguíneos, formando as ligaduras vivas de Pinard, designando-se por globo de segurança de Pinard, que foi vigiado nas horas seguintes ao parto através da palpação do fundo uterino, com atenção à sua forma e consistência (Fernández, Pérez, Cid, Iglesias & Gámez, 2013).

No que diz respeito à conduta durante o terceiro estadio do TP, existem duas possibilidades distintas: a conduta expectante, em que o dequite é esperado

naturalmente, sem manobras ou terapêutica, ou a gestão ativa, que preconiza a administração de terapêutica uterotônica (ocitocina sintética), tração controlada do cordão e massagem uterina. Ambas as abordagens apresentam vantagens e desvantagens, mas os organismos internacionais recomendam a gestão ativa como forma de prevenção das hemorragias pós-parto (Internacional Federation os Gynaecologists and Obstetricians, 2012).

A tração controlada do cordão umbilical é uma medida que deve ser realizada durante a gestão ativa da dequitação, no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto. Seguindo as recentes orientações da Internacional Federation os Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) (2012), o cordão umbilical foi clampado perto do períneo logo que deixou de pulsar. Seguidamente colocou-se uma mão acima da púbis da mulher, aplicando uma pressão no sentido contrário ao do útero. A tração delicada do cordão foi exercida durante uma contração forte, de forma que a própria parturiente pudesse auxiliar no dequite, com esforços expulsivos. À medida que a expulsão da placenta ocorreu, realizou-se a manobra de Jacob-Dublin, assegurando a sua saída completa.

A massagem uterina apresenta-se como outra medida adotada na gestão ativa do dequite. Esta intervenção foi frequentemente realizada após a expulsão da placenta no sentido de promover a contração uterina e a manutenção do globo de segurança de Pinard. Desta forma, o útero foi massajado até estar contraído, verificando-se a sua presença de quinze em quinze minutos nas primeiras duas horas pós-parto. A massagem realizou-se sempre que necessário, para despiste da descontração uterina.

A administração de ocitocina, como fármaco uterotónico, constitui uma das medidas adotadas no dequite ativo, uma vez que a sua ação é, praticamente, imediata, apresentando poucos efeitos secundários (Organização Mundial de Saúde, 2012). No entanto, a ocitocina pós parto apenas foi administrada às parturientes que já estavam com perfusão ocitócica durante o TP. Em todas as outras situações optou-se por assumir uma atitude expectante, considerando-se a dequitação fisiológica como um final lógico de um processo fisiológico, desde que a hemorragia seja escassa e exista estabilidade hemodinâmica. Foi possível prestar cuidados a parturientes às quais foi diagnosticada hemorragia pós-parto, nas quais a massagem uterina e a utilização de ocitocina foram complementadas com a aplicação de Misoprostol, via retal, de forma a controlar a perda sanguínea e estimular a contratilidade uterina.

Durante a dequitação foi, também, identificado qual o mecanismo presente: mecanismo de Shultze (a placenta sai aparecendo primeiro a face fetal) ou o mecanismo de Duncan



(aparece primeiro a face materna), sendo este menos frequente, mas associado a uma maior perda sanguínea. Nesta etapa foi essencial prestar atenção à formação e presença do globo de segurança de Pinard, massajando circularmente o fundo uterino.

Posteriormente, realizava-se a avaliação da placenta, verificando-se se estava completa ao nível dos cotilédones e membranas amnióticas, assim como o local de inserção do cordão umbilical, o seu comprimento e a presença dos três vasos.

Concluída esta observação, inicia-se o período da hemóstase, ou quarto estadio do TP, mantendo sempre o RN em contacto pele a pele.

#### **4.4. Prestação de cuidados especializados à mulher durante o quarto estadio do trabalho de parto**

O quarto estadio do TP compreende as duas horas seguintes ao parto e é denominado período de hemostase (Graça, 2010). Durante este período procedeu-se à inspeção cuidada do canal de parto e do períneo, para aferir a existência de lesões. Aquando da correção da episiotomia ou lacerações perineais, foi essencial ter como foco de atenção a dor. Se a mulher se sentisse desconfortável, era reforçada a analgesia por via epidural ou procedia-se a analgesia por planos da mucosa vaginal e perineal com Lidocaína a 2%, através de injeções intradérmicas ou subcutâneas, de forma a promover o alívio da dor.

Segundo as evidências mais recentes (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008; Thakar & Sultan, 2016), a sutura contínua com encerramento perineal intradérmico é o método de primeira escolha para a realização da episiorrafia e para a correção de lacerações de primeiro e segundo grau, caso estas sejam de moderada extensão e não apresentem cicatrizes de lesões perineais prévias (varizes vulvares, condilomatose perineal, entre outras). Este tipo de correção, juntamente com a utilização de poliglactina- 910 (Vicril® Rapid 2/0), está associado a uma menor intensidade da dor nos primeiros dez dias de puerpério, menor necessidade de remoção de pontos, menor deiscência das feridas, melhor satisfação da puérpera com a sutura e a uma redução do número de fios utilizados. Por sua vez, para a correção de lesões perineais e vaginais mais extensas, teve-se em atenção a correção por planos, finalizando com o encerramento por pontos separados de *Donatti*. Em contexto da prática clínica foi possível aplicar os diversos métodos de sutura, de forma a otimizar a aprendizagem.

Posteriormente, eram prestados os cuidados perineais e a higiene geral da parturiente, promovendo o conforto e a autoestima. A mulher podia colocar-se na posição em que se sentia mais confortável para amamentar o seu RN em contacto pele a pele. Nesta fase, poder-se-ia deixar a díade mãe-bebé ou a tríade mãe-pai-bebé a sós, para poderem desfrutar da sua nova família, transmitindo sempre a segurança de que a equipa mantinha a vigilância. Promoveu-se o início da amamentação, permitindo que o RN otimize-se os seus reflexos de busca e procura para encontrar a mama e iniciar a sucção, da forma mais fisiológica possível. Em caso de dificuldade, era oferecido apoio na primeira mamada, consoante consentimento da mulher para o fazer.

A amamentação na primeira hora de vida foi promovida em todos os partos realizados, uma vez que está associada a um conjunto de vantagens para a mãe e para o RN: estimula a libertação de ocitocina, promovendo uma maior contractilidade uterina e diminuindo a perda hemática pós-parto; o RN, durante a primeira hora de vida, apresenta-se mais reativo, com reflexos eficazes, possibilitando, na maioria dos casos, uma pega correta e uma sensação de segurança na mãe; favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho e contribui para a diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade neonatal (Boccolini, Carvalho, Oliveira & Pérez-Escamilla, 2013). O contacto pele-a-pele tem, também, eficácia comprovada na amamentação. Esta prática imediata após o parto promove o sentimento materno de autoeficácia na amamentação, o que, claramente, se irá repercutir no sucesso do estabelecimento da amamentação a curto e longo prazo. Os benefícios do contato pele-a-pele continuam para além da 1ª hora de vida do RN. Quanto mais longo e mais frequentemente for o contato pele a pele entre as mães e bebés, nas horas e dias após o nascimento, maior será o seu benefício (Aghdas, Talat & Sepideh, 2014).

Na realidade, a fisiologia do nascimento prepara a mulher e RN, para necessitarem e procurarem um ao outro no momento do nascimento, numa díade perfeita. A produção de ocitocina endógena, que é a hormona responsável pela contração uterina e que, muitas vezes, acaba por ser administrada na sua forma sintética para prevenção da hemorragia pós-parto, é estimulada quando a mulher amamenta o seu bebé, e produz uma emoção tranquilizante na mãe, predispondo-a para o toque, olhar e interação com o seu bebé, pelo que foi chamada de hormona do “apego” (Figueiredo, 2003).

A promoção da vinculação entre mãe e filho e pai e filho esteve sempre presente desde o primeiro minuto de vida do RN. Bowlby define a vinculação como uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço (Bowlby, 1969, *cit in* Silva, 2014). O mesmo autor defende que todos os seres humanos

nascerem com um sistema psicobiológico (sistema comportamental de vinculação) que os motiva a procurar proximidade de outros (figuras de vinculação). Atitudes como o contacto pele a pele, a amamentação precoce e o alojamento conjunto no bloco de partos foram proporcionadas às novas famílias, procurando o estabelecimento desta relação de vinculação e os respetivos ganhos em saúde.

Durante este estadio proporcionou-se uma vigilância apertada do equilíbrio hemodinâmico da puérpera e do RN.

Relativamente à puérpera, os sinais vitais foram vigiados a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora após o parto, na ausência de complicações, tal como a perda sanguínea vaginal e a presença do globo de segurança de Pinard.

O RN foi observado frequentemente, tendo especial atenção à sua adaptação à vida extrauterina e aos reflexos de busca e sucção, de forma a vigiar a existência de uma mamada eficaz.

Duas horas após o parto, e se tudo se manteve dentro do expectável, eram prestados novamente os cuidados perineais, a avaliação do globo de segurança de Pinard, a vigilância da altura uterina e dos sinais vitais à puérpera. Esta era incentivada a urinar espontaneamente e caso não conseguisse, poder-se-ia proceder ao esvaziamento vesical, em caso de globo vesical.

Ao RN eram prestados os cuidados de enfermagem relacionados com a prevenção da hemorragia neonatal, através da administração de Vitamina K intramuscular, e a desinfeção ocular, com a pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina, colocada na pálpebra inferior dos olhos do RN, para profilaxia da infeção ocular, conforme protocolo do serviço e em concordância com Graça (2010). O RN era vestido, na maioria das vezes pelo pai, que era incentivado e apoiado a prestar estes cuidados ao RN.

Posteriormente, mãe e bebé eram transferidos para o serviço de internamento, pressupondo-se a continuidade de cuidados prestados pelo EESMO, terminando assim todo o processo de TP.



## **Parte II**

**A prática de cuidados baseada na evidência: Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto – Intervenção do Enfermeiro Especialista**



## **1. Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto - Intervenção do Enfermeiro Especialista**

Desde os anos 50 do século passado, o parto, outrora evento familiar passou a ser realizado quase em exclusividade em ambiente hospitalar, sob a alçada do modelo biomédico, deixando de ser um acontecimento fisiológico, para se tornar generalizadamente patológico e “medicalizado” (Pasche, Vilela & Martins, 2010; Souza, Gaíva & Modes, 2011).

Apesar de todos os aspetos positivos alcançados com a hospitalização do parto, o uso desmedido, e muitas vezes infundado, de técnicas e procedimentos invasivos utilizados massivamente diminuíram o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, atribuindo-lhe um papel passivo no seu próprio parto (Cortés *et al.*, 2015).

Um dos aspetos que se alterou drasticamente com a transferência do parto para o meio hospitalar foi a posição materna durante o TP. Ao longo dos tempos, as mulheres foram sempre adotando posturas verticalizadas para parirem os seus filhos, mas, com a assistência ao parto no hospital, as parturientes foram colocadas em posição supina e de litotomia, no sentido de favorecer a monitorização contínua por CTG e acompanhamento do parto por parte dos profissionais de saúde. A postura materna, outrora beneficiadora do bem-estar materno fetal, passou a ser beneficiadora dos profissionais que assistem ao parto, com todas as desvantagens que a posição supina possa implicar para o bem-estar materno-fetal, como a diminuição da circulação uteroplacentar e consequente sofrimento fetal, aumento da dor para a parturiente, maior duração do TP, tal como comprovam diversos estudos realizados (Gizzo *et al.*, 2014; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; Oliveira *et al.*, 2013; Silva & Dadam, 2008).

Face a este conjunto de situações, começou a surgir interesse da comunidade científica em promover o parto normal, minimizando as intervenções obstétricas ao estritamente necessário e dando relevância às estratégias promotoras do parto normal.

A OMS (1996) publicou um documento de orientação global de assistência ao parto normal, no qual é dado destaque à posição materna durante o trabalho de parto para a promoção do parto normal, sendo recomendado o uso de posições verticalizadas e movimento de acordo com a preferência da parturiente ao longo do TP, exceto nas situações em que existe rotura de membranas amnióticas sem existir encravamento da apresentação fetal.

Mais recentemente a OMS (2015) voltou a referir-se à promoção das posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP, recomendando que todos os profissionais de saúde devem permitir que as mulheres adotem as posições verticais e a deambulação durante o TP, porque isso parece encurtar a primeira fase do TP em nulíparas e reduzir a taxa global de partos distócicos.

Em Portugal, a OE recomenda a utilização de posições verticalizadas durante o TP, considerando importante: “*Apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 23).

Em posição verticalizada, o corpo da mulher grávida, em equilíbrio com o sentido da força gravitacional e o ângulo de incidência do útero, facilita os mecanismos de encravamento e de descida fetal, quer pelo polo de apresentação na pelve materna, quer pelo apoio direto da cabeça fetal sobre o colo uterino. Desta forma, as posturas verticalizadas permitem o relaxamento do períneo, e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se a fim de aumentar os diâmetros dos estreitos da bacia, através de movimentos que facilitam a passagem do feto (Ferrão & Zangão, 2017).

Por posição verticalizada entende-se toda e qualquer posição de implique um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores, o que inclui a posição de cócoras, de pé (em deambulação ou com recurso a movimentos livres da bacia), sentada (incluindo a posição de sentada na bola de pilates) e ajoelhada em dois ou quatro apoios (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

Segundo Balaskas (2017) a posição de cócoras é a posição fisiológica para o TP e parto. Nesta posição a pelve atinge os maiores níveis de abertura, facilita a descida da apresentação fetal, as contrações têm uma eficácia máxima e a gravidade pode ser um elemento adjuvante para a progressão do TP. Esta posição pode ser adotada em qualquer fase do TP entre as contrações ou mesmo durante as mesmas. Na posição sentada a parturiente consegue quase que os mesmos benefícios oferecidos pela posição de cócoras, mas o tronco está apoiado, o que pode facilitar o descanso entre as contrações.

A posição apoiada sobre os joelhos, em dois ou quatro apoios, poderá ser uma opção em qualquer momento do TP, propiciando a movimentação livre da pelve e otimizando as contrações. Nesta posição a movimentação rítmica e giratória da bacia poderá ajudar no posicionamento da apresentação fetal, sendo particularmente importante quando a apresentação fetal se encontra numa variedade posterior. A posição semiajoelhada (um membro inferior apoiado no pé e o outro membro apoiado no joelho) contribui



favoravelmente para a progressão da dilatação e também ajuda no controlo da dor a nível lombar, podendo ser interessante em casos de assinclitismo da apresentação fetal. De pé, a livre movimentação da pelve permite a progressão da dilatação (Balaskas, 2017; Germain & Parés, 2009).

Segundo um estudo realizado por Lawrence *et al.* (2013), que compara os efeitos da posição verticalizada no primeiro estadio de TP com a posição supina, os resultados sugerem que as mulheres que recorrem às posições verticalizadas e ao movimento têm TP com menor duração, maior controlo da dor e conforto, maior probabilidade de ter um parto normal, menor recurso ao uso de analgesia epidural, menor probabilidade de virem a ter um parto instrumentado ou cesariana e menor probabilidade de o seu recém-nascido precisar de cuidados neonatais.

Gizzo *et al.* (2014), no seu estudo comparativo entre a posição supina e as posições adotadas livremente pelas mulheres em TP realizado em Itália, comprovam que o recurso a posições alternativas ao decúbito influencia positivamente o progresso do TP, reduz o nível de dor sentida pelas parturientes e diminui as intervenções obstétricas, nomeadamente a episiotomia e os partos distócicos.

Por sua vez, Priddis, Dahlen & Schmied (2012) demonstram uma duração mais curta do primeiro estadio, menos intervenções médicas e menos dor referida pelas mulheres que utilizam posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP.

Um estudo de Kripke (2010) comprova que a posição verticalizada (sentada, em pé, a deambular ou ajoelhada) produz uma redução do primeiro estadio do TP em cerca de menos uma hora e diminui a necessidade de analgesia epidural, comparativamente às mulheres mantidas nas posições de supina ou reclinadas.

Oliveira *et al.* (2013) referem que deve haver iniciativa por parte dos enfermeiros para incentivar a deambulação durante a fase latente e início da fase ativa do TP. Apesar de a parturiente poder sentir, quando está de pé, que as contrações são mais fortes, regulares e frequentes, a manutenção dessa posição pode abreviar o TP e reduzir a dor e a necessidade da utilização de métodos farmacológicos de alívio da dor.

Lothian (2009) alude que a deambulação durante o TP ajuda a mulher a lidar com a dor da contração, contribui para o posicionamento fetal na pelve feminina e para a sua progressão no canal de parto. A dor gerada pelas contrações pode orientar a mulher durante o TP, dado que ela vai-se movendo de acordo com o que sente, procurando o maior conforto à medida que as contrações vão ficando mais fortes e dolorosas. O

movimento ajuda na progressão do TP, uma vez que quando a mulher é capaz de gerir o desconforto das contrações, maior quantidade de ocitocina é libertada, contribuindo, assim, para a sua progressão. O movimento em resposta à dor protege o feto e o canal de parto, principalmente durante o período expulsivo. Ben *et al.* (2010) comprovam os mesmos benefícios já descritos anteriormente, podendo-se destacar a redução significativa da duração do primeiro período do TP, da intensidade da dor, da taxa de parto por cesariana ou instrumental.

Gallo, Santana, Marcolin, Duarte & Quintana (2017) salientam particularmente o uso do movimento em posição verticalizada na bola de pilates como um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do TP, devido ao efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica na coordenação contrátil do miométrio, no aumento da velocidade da dilatação cervical e descida fetal e para o controlo da dor e aumento do conforto.

A livre movimentação com vista à postura verticalizada assegura as trocas materno-feto-placentárias durante mais tempo, diminuindo, desta forma, o risco de sofrimento fetal e melhorando o bem-estar do RN à nascença, traduzido por melhores índices de Apgar (Ferrão & Zangão, 2017).

Dos vários estudos consultados (Ben *et al.*, 2010; Lawrence *et al.*, 2013; Priddis *et al.*, 2012) destaca-se como desvantagem, durante o primeiro estadio do TP, a dificuldade em monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF), nomeadamente através de CTG contínuo ou intermitente, facto que poderá ser ultrapassado na prática clínica através de estratégias levadas a cabo pelos EESMO.

A evidência científica sugere que o recurso a posições verticalizadas parece ter no primeiro estadio do trabalho de parto, pelo que se torna imperativo que os EESMO permitam às mulheres utilizar as posições verticalizadas durante o TP, devendo ser incentivadas a adotarem a posição mais confortável para si e a alternarem os movimentos e posições espontaneamente (Gizzo *et al.*, 2014).

Segundo Germain e Parés (2009), a mulher é capaz de experimentar espontaneamente essas posições, precisando somente um ambiente seguro, afetuoso e tranquilo para o fazer. As mesmas autoras referem que, quando é permitido à mulher seguir o seu instinto, ela adapta-se às contrações e à passagem do feto pelo canal de parto através do movimento, adotando instintivamente as posições de pé, com os joelhos ligeiramente flexionados, ou mesmo de cócoras; sentada; ou de quatro apoios (joelhos e mãos), fazendo movimentos livres com a bacia, posições que as autoras definem como “*posições estrella*” (Germain & Parés, 2009, p. 158).

Outros autores referem que, apesar do instinto para adotar este tipo de posições durante o TP, o fator que mais influência a escolha da posição é o parecer dado pelo EESMO (Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens & Lagro-Jansse, 2014). Neste sentido, estes autores dizem que o EESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o TP, sendo essencial promover uma escolha informada. Defendem uma prática de cuidados verdadeiramente centrados na mulher, para reforçar a necessidade de apoiar as mulheres nas suas escolhas, discutir as suas preferências e respeitar as suas decisões.

Por outro lado, deambular, caminhar ou mover-se e mudar de posição, para além de facilitar em todos os aspetos o primeiro estadio do TP, constituem uma excelente forma de distração dos desconfortos que estão inerentes a todo o processo, permitindo melhorar o conforto da mulher, bem como a sensação de controlo sobre o próprio corpo e a interação com a pessoa significativa, aumentando a satisfação para com o TP e parto (Ferrão & Zangão, 2017).

Priddis *et al.* (2012) demonstra que as mulheres que utilizam posições verticais durante o TP apresentam uma maior satisfação com a sua experiência de TP e parto, comparativamente às mulheres que adotam uma posição semi-reclinada ou decúbito dorsal/litotomia.

As experiências de TP e parto têm uma característica complexa, multidimensional e subjetiva. Kuo *et al.* (2010) referem que a experiência da mulher com o seu TP é influenciada pelas suas expectativas, referindo que há mais probabilidade destas se sentirem realizadas se as suas expectativas forem concretizadas.

Durante o período gestacional, a mulher constrói expectativas relativas ao parto que, embora positivas quando se reportam ao apoio por parte das pessoas significativas e dos profissionais de saúde, são menos positivas no que concerne às capacidades próprias para lidar com a situação e envolvem muitas vezes preocupação, ansiedade e medo (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2012). Ronconi *et al.* (2010) também confirmam que o parto é um evento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez, sendo que a experiência deste momento marca profundamente a vida das mulheres, seja por sentimentos positivos ou negativos. A maioria das mulheres tem uma expectativa negativa com o parto, sendo o medo de sentir dor de grande relevância, e após a vivência do parto a referência à dor traz sentimentos e lembranças negativas deste momento da maternidade.

Além das expectativas prévias, existem outros fatores que influenciam negativa ou positivamente a experiência de TP e parto. Figueiredo *et al.* (2012) referem que a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto depende, em parte, de fatores demográficos, obstétricos e psicossociais como a idade, paridade, antecipação de parto, tipo de parto, participação ativa da mulher nas decisões médicas, expectativas prévias, fatores psicológicos, suporte de figuras significativas e atitudes dos profissionais de saúde.

Conde, Figueiredo & Costa (2007) afirmam que três aspetos têm sido propostos como marcadores da percepção que as mulheres têm da sua experiência de parto: o controlo percebido, o suporte social e a dor. Analogamente, as vivências do TP e parto são condicionadas por elementos associados ao contexto institucional onde decorre e as condições ambientais proporcionadas.

De igual modo, a satisfação das mulheres com o parto está intimamente ligada a diversos fatores. Entre eles destaca-se a cultura, as expectativas, as experiências, os conhecimentos sobre esse processo e, principalmente, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto (Arias, 2011). A satisfação da mulher com o TP e parto abrange toda a experiência vivida desde o seu início até ao pós-parto imediato, sendo avaliado através da percepção da mulher relativamente aos cuidados recebidos, ao seu envolvimento na tomada de decisão e ao respeito pelas suas expectativas pessoais (Fair & Morrisson, 2012; Lothian & DeVries, 2017).

Torna-se, então, importante abordar as posições verticalizadas no primeiro estadio do TP, não só devido a todas as vantagens que apresentam, mas também como forma de otimizar a experiência e a satisfação da mulher com o seu TP e parto, conforme é sugerido pela literatura consultada.

Assim, a mulher deve ter direito de escolha pela livre posição e movimento que considere serem mais vantajosas para o desenrolar do seu TP. Promover a liberdade de escolha da posição verticalizada durante o primeiro estadio de TP permite à mulher sentir-se capacitada, envolvida nos cuidados e consequentemente viver uma experiência mais positiva no parto. Por sua vez, o EESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o TP, devendo transmitir orientações, acerca dos benefícios das posturas verticais e da livre movimentação, para assegurar uma decisão consciente e informada por parte da parturiente e, dessa forma, contribuir para uma experiência positiva no parto, o que terá claramente efeito ao nível da satisfação com o parto (Ferrão & Zangão, 2017).

De acordo com o Regulamento de Competências específicas do EESMO (2010), o Enfermeiro especialista deve promover a saúde da mulher durante o TP, devendo implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, bem como intervenções de promoção do conforto, bem-estar e controlo da dor. Como foi possível verificar anteriormente, o recurso a posições verticalizadas durante o TP favorece a evolução do TP e permite um maior autocontrolo da mulher do seu bem-estar e nível de dor, constituindo, portanto, uma importante estratégia para o EESMO otimizar as suas competências na área da condução do TP.

Torna-se, então, pertinente o desenvolvimento de competências específicas nesta área durante o ENP, aliando a evidência científica à prática clínica, otimizando a aprendizagem e a criação de uma identidade profissional enquanto EESMO.



## **2. Percurso metodológico**

O ENP, enquanto unidade curricular de um 2º ciclo de estudos na área científica da Enfermagem, visa a implementação da articulação entre a investigação científica e a prática clínica, tendo como instrumento de trabalho prático a pesquisa e implementação de uma intervenção independente do EESMO e a sua avaliação consequente, com o objetivo específico de desenvolver competências para promover o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP. Embora não se trate de um estudo ou projeto de investigação, o seu planeamento, implementação, recolha, tratamento, análise e discussão de dados colhidos, rege-se pelos princípios da metodologia científica.

Para abordar corretamente esta temática e, como em qualquer tipo de trabalho científico, tornou-se essencial definir o seu percurso metodológico. Assim, definiu-se a problemática e a questão de partida, traçaram-se os objetivos, definiu-se a população e selecionaram-se os participantes, organizaram-se os procedimentos de implementação da intervenção, da recolha, processamento e tratamento de dados, sem nunca descurar os princípios éticos que estão subjacentes à investigação científica com pessoas.

### **2.1. Problemática, justificação e objetivos da intervenção**

Com este trabalho pretende-se contribuir para a mudança e inovação da prática de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, tendo subjacente que a investigação com seres humanos tem importância, sobretudo, quando pressupõe uma integração com a prática, o que nos reporta para uma prática baseada e sustentada pela evidência científica (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008).

A implementação de uma intervenção sistematizada surge da necessidade de compreensão e conhecimento que o investigador sente em relação a determinado fenómeno. Daqui advêm conhecimentos que se tornam indispensáveis à evolução da ciência de Enfermagem, com o objetivo de promover uma melhoria contínua dos cuidados, obtendo assim ganhos em saúde. A investigação da prática baseada na evidência orienta-se para a produção e consolidação de um conhecimento científico que objetiva a melhoria dos cuidados prestados. Collière (1989, p.208) refere que:

*“A investigação profissional é uma atitude de abertura e interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática. Toda a pessoa que presta cuidados está apta a desenvolver esta atitude e a aprender a servir-se dela”.*

Assim, e tendo em consideração todos os aspetos referidos anteriormente, a seleção do problema assente nesta intervenção teve por base a prática clínica desenvolvida em estágio durante o CMESMO, em particular as experiências e as necessidades sentidas no decorrer do acompanhamento do TP. O desenvolvimento teórico efetuado e a pesquisa bibliográfica selecionada contribuíram para a criação e delimitação do problema e o aprofundamento de conhecimentos relacionados com o tema, resultando na implementação de uma intervenção sistematizada, desenvolvida em contexto do ENP, que pretende dar resposta ao problema identificado.

Desenvolveu-se esta componente prática no ENP, partindo da seguinte questão:

*"Quais os contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto para a experiência e satisfação das mulheres com o seu parto?"*

Pretende-se, então, estudar o fenómeno da posição verticalizada durante o primeiro estadio do TP, do ponto de vista das parturientes, descrevendo e interpretando os benefícios, sentimentos e sensações que essa possibilidade lhes provocou, numa lógica de compreensão do problema. Portanto, o objetivo geral da implementação desta intervenção sistematizada é:

- Perceber os contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP para a experiência e satisfação da mulher com o TP e parto.

Deste objetivo geral derivam os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP.
- Descrever o contributo do EESMO na utilização de posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP para a experiência e satisfação da mulher com o TP e parto.

Com base na evidência, a posição verticalizada tem vantagens para a mulher e para o feto, não sendo, contudo, uma prática frequente nos serviços de saúde. Neste sentido pretendeu-se desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o primeiro estadio do TP, fazendo recurso à adoção de posições verticalizadas.



## **2.2. População e participantes**

Com vista a responder aos objetivos, a população selecionada para a intervenção foi o conjunto de mulheres em TP cuidadas durante o ENP, no período de setembro a novembro de 2017.

Da população estudada selecionou-se uma amostra não probabilística que, segundo Fortin (1999, p. 363) é “*o processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra*”. A técnica amostral para o recrutamento das participantes foi uma amostragem racional, porque a seleção dos sujeitos faz-se com base em critérios pessoais. Assim, da população, fizeram parte da amostra selecionada as parturientes de baixo risco, admitidas no Bloco de Partos do Hospital de Braga em TP, no período de tempo de setembro a novembro de 2017, e que aceitaram participar, mediante consentimento livre e esclarecido, num total de dez participantes. Foi critério de inclusão a duração da aplicação da intervenção não inferior a 3 horas, contínuas ou intermitentes.

## **2.3. Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP**

Para recolher os dados possíveis para a averiguação desta problemática optou-se pela implementação de uma intervenção sistematizada à população selecionada, durante o primeiro estadio do TP, que consistiu na utilização de posições verticalizadas, de acordo com a preferência e capacidades da parturiente, durante pelo menos 3 horas, contínuas ou intermitentes, no decorrer do TP.

Por posição verticalizada entende-se toda a posição que implique um grau de 45<sup>a</sup> ou superior entre o tronco e os membros inferiores, incluindo-se a posição de pé (em deambulação ou com recurso a movimentos livres da bacia), sentada (na cama ou na bola de pilates), de cócoras, ou ajoelhada (em dois ou quatro apoios) (Mineiro *et al.*, 2016), sempre com o apoio e esclarecimentos devidos. Durante a aplicação da intervenção foi tida em conta toda a vigilância do TP e bem-estar materno-fetal, sendo esta intervenção integrada num plano global de cuidados especializados.

## 2.4. Procedimentos de colheita de dados

Como forma de recolha de dados foram usados três instrumentos complementares, além da caracterização sociodemográfica da amostra selecionada.

A metodologia qualitativa foi uma das metodologias utilizadas para a recolha de dados, já que para Fortin (1999, p. 22):

*“O investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo (...) o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”.*

A este nível, foi pedido às parturientes que participaram na implementação da intervenção, independentemente do tipo de parto que tivessem tido, o seu relato escrito sobre a sua experiência de TP e parto, num registo individual, subjetivo e completamente livre, redigido durante o puerpério, que decorreu na unidade de internamento de Obstetrícia, e sem a interferência ou colaboração de nenhum profissional de saúde.

Com este relato individual procurou-se compreender a experiência das parturientes que vivenciaram no seu TP esta intervenção sistematizada, percebendo os seus efeitos na satisfação com o seu TP e parto.

Para analisar os relatos individuais das parturientes recorreu-se à análise de conteúdo para tratamento dos dados colhidos, segundo as linhas orientadoras de Bardin (1977).

A análise de conteúdo *“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”* (Bardin, 1977, p. 38).

Através da análise de conteúdo, pretendeu-se compreender a sua experiência de TP e parto, com o recurso às posições verticalizadas.

Além disso, a metodologia quantitativa foi utilizada para recolha de dados, através de dois instrumentos: uma parte do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), mediante a autorização legal dos seus autores para a sua utilização no presente trabalho académico (ANEXO I) e a consulta documental do processo clínico, conforme Parecer da Comissão de Ética do Conselho de Administração do Hospital de Braga (ANEXO II).

O QESP foi construído e validado para a população portuguesa por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2004) com o objetivo de avaliar o modo como as mulheres percebem a sua experiência do parto. Este instrumento permite avaliar um vasto número de aspetos relativos à satisfação e qualidade da experiência da mulher durante o TP, parto e pós-parto imediato, que são suscetíveis de influenciar o bem-estar materno e do bebé, pelo que a sua avaliação através de um instrumento fidedigno pode revelar-se de extrema relevância.

Este questionário de auto preenchimento consta de 104 perguntas referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativa ao Trabalho de Parto (TP), Parto (P) e Pós-Parto (PP) imediato, numa escala de Likert. As perguntas respeitantes à experiência, satisfação e dor na escala variam de 1 a 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”), as questões que se reportam às expectativas variam entre 1 a 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor”), enquanto que as questões que se relacionam com a intensidade da dor variam de 0 a 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”). A Análise Hierárquica de Clusters permitiu identificar 8 subescalas que compõem o questionário, agrupando as 104 perguntas em 8 subescalas: (1) condições e cuidados prestados, (2) experiência positiva, (3) experiência negativa, (4) relaxamento, (5) suporte, (6) suporte do companheiro, (7) preocupações e (8) pós-parto. A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala. A pontuação da escala total deriva da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva a percepção da mulher na dimensão avaliada pela subescala (Costa *et al.*, 2004).

Para a avaliação da experiência e satisfação da mulher, que poderá derivar da implementação da intervenção planeada, optou-se por avaliar apenas as subescalas 1, 2, 3 e 4, num total de 54 perguntas (Apêndice I), dada a pertinência das mesmas.

A subescala 1, referente às condições e aos cuidados prestados durante o TP e parto é constituída por 14 questões, cujas respostas podem variar entre 1 e 4. Esta subescala avalia a percepção da mulher relativamente à qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde.

A subescala 2, relativa à experiência positiva durante o TP e parto é constituída por 22 questões, cujas respostas podem variar entre 1 e 4, avaliando a confirmação de

expectativas, autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.

A subescala 3 remete para experiência negativa, é constituída por 12 questões, sendo que nas 8 primeiras questões a resposta varia de 1 a 4 e nas últimas 4 questões a resposta varia de 0 a 10. Esta subescala avalia a perceção da mulher relativamente ao medo, mal-estar e dor durante o TP e parto. Nesta subescala, quanto maior a avaliação dada pelas mulheres mais presentes estiveram estes sentimentos com conotação negativa, sendo que, ao contrário das outras subescalas, quanto maior o valor médio obtido em cada resposta mais negativa é a experiência de TP.

A subescala 4 avalia a experiência de relaxamento durante o TP, sendo constituída por 6 questões, cujas respostas podem variar entre 1 e 4.

Relativamente à estatística de confiabilidade, foi efetuada a avaliação do Alpha de Cronbach. Os resultados obtidos são idênticos para as subescalas 1 e 2 relativamente aos obtidos pelos autores do QESP, conforme se verifica na tabela abaixo. Para as subescalas 3 e 4 os valores são inferiores aos obtidos pelos autores.

Tabela 1 - Análise de confiabilidade das subescalas 1,2,3 e 4

Alpha de Cronbach	Autores do QESP (Costa <i>et al.</i> , 2004)	Trabalho atual
SE 1	0.800	0.872
SE 2	0.870	0.892
SE 3	0.880	0.756
SE 4	0,940	0.671

O questionário foi distribuído às mulheres, tal como o relato de experiência escrito, durante o período do puerpério no internamento hospitalar e recolhido no dia da alta hospitalar.

A consulta documental do processo clínico foi, ainda, usada como técnica de recolha de dados, tendo em vista a obtenção de informações que poderão aferir acerca de ganhos em saúde consecutivos à implementação da intervenção, nomeadamente: o tipo de parto, a duração da fase ativa do TP, a quantidade de analgesia administrada durante a fase ativa do trabalho de parto e o índice de Apgar dos RN.

## **2.5. Considerações éticas**

Para a realização da intervenção foram tidas em conta as considerações éticas inerentes à investigação com seres humanos. Para Fortin (1999, p.114) a ética é:

*“A ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.*

A atividade desenvolvida apresentou características diferentes do que normalmente é efetuado na prestação de cuidados, pelo que foi pedido autorização ao Conselho de Administração do Hospital de Braga e apreciação pela Comissão de Ética, dando informação clara e todos os esclarecimentos necessários acerca da investigação que se pretendeu elaborar.

Posteriormente, e considerando o parecer favorável por parte da comissão de ética, em anexo já referido, as parturientes selecionadas, de acordo com os critérios anteriormente definidos, foram convidadas a participar no estudo, aquando da sua admissão no Bloco de Partos do Hospital de Braga, de uma forma livre e esclarecida. Após terem sido informadas sobre toda a intervenção planeada, os seus objetivos, benefícios, e posições ou movimentos que poderiam adotar, garantida a confidencialidade da sua participação e a possibilidade de abandonarem a qualquer momento sem qualquer prejuízo, assinaram um consentimento informado para a aplicação das posturas verticalizadas durante o TP e a posterior recolha de dados (Apêndice II).

## **2.6. Apresentação, análise e discussão dos resultados**

Ao longo do ENP foi possível aplicar a intervenção a um leque variado de parturientes em TP, mas apenas dez preencheram na totalidade os critérios de inclusão e, como tal, apresentam-se e analisam-se a seguir os dados relativos a estas parturientes.

### **Caracterização sociodemográfica e clínica**

Conforme se pode observar na tabela 2, as parturientes apresentavam idades compreendidas entre os 28 e os 41 anos, com média de  $32,2 \pm 4,92$  anos e mediana 29,5 anos.

Quando se consideram os grupos etários de acordo com o Índice de Goodwin modificado (Direção Geral de Saúde, 2015), observa-se que metade das parturientes tinham 29 anos ou menos, o que está associado à não apresentação de risco acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal associado ao fator idade, enquanto que as restantes tinham mais de 30 anos, sendo que 10% tinham 40 anos ou mais, sendo indicativo de risco relacionado com a idade.

No que se refere ao estado civil predominam as parturientes casadas (60%) ou a viver em união de facto (40%). Em todos os casos o TP foi acompanhado pelo marido ou companheiro.

Relativamente à escolaridade, as parturientes distribuíam-se equitativamente pelo ensino secundário e pelo ensino superior.

*Tabela 2 - Distribuição das parturientes conforme as características sociodemográficas (n=10)*

<b>Grupo etário</b>	<b>ni</b>	<b>fi (%)</b>
29 anos ou menos	5	50
De 30 a 39 anos	4	40
40 anos ou mais	1	10
<b>Estado civil</b>		
Casada	5	50
União de facto	5	50
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Secundário	5	50
Ensino Superior	5	50

Quanto à situação obstétrica, as parturientes foram questionadas acerca do planeamento da gravidez, preparação para o parto, número de gestações e número de partos (Tabela 3).

A totalidade das parturientes envolvidas nesta intervenção referiram que a gravidez tinha sido desejada e planeada.

A frequência de cursos de preparação para o parto na presente gravidez ocorreu com 60% das mulheres, sendo que as restantes não frequentaram aulas de preparação para o parto.

Nas aulas de preparação para o parto abordam-se, habitualmente, as questões relacionadas com as posições verticalizadas e o posicionamento durante o TP e parto, pelo que, as mulheres que frequentaram estas aulas já detinham conhecimentos para recorrer às posturas verticalizadas durante o TP.

De igual modo, as mulheres que não frequentaram aulas de preparação para o parto também aderiram à utilização das posições verticalizadas, uma vez que, como defendem Germain e Parés (2009), a mulher é capaz de experimentar espontaneamente diferentes posições, precisando somente um ambiente seguro, afetuoso e tranquilo para o fazer, com o apoio do EESMO.

Quanto ao número de partos, onde se inclui o parto em que se aplicou a intervenção, pode observar-se que a maioria era primípara (70%), havendo 30% de mulheres múltiparas.

Conforme o anteriormente referido, para 70% das mulheres esta foi a sua primeira experiência de TP. De acordo com Figueiredo *et al.* (2012) e Kuo *et al.* (2010), a experiência de TP é afetada pelas expectativas que a mulher desenvolveu para o seu TP que, por sua vez, são influenciadas pela sua história obstétrica. Assim, a maioria das mulheres não tinha até ao momento vivências de TP que pudessem influenciar a atual experiência. No entanto, para as mulheres múltiparas que participaram a sua experiência anterior de TP poderá ter influenciado a sua experiência atual.

Relativamente ao parto, constatou-se que em 80% dos TP nos quais decorreu a intervenção culminaram num parto eutócico, enquanto 20% culminaram num parto distócico instrumentado, não se observando nenhum parto distócico por cesariana. De acordo com Ben *et al.* (2010), Gizzo *et al.* (2014) e Lawrence *et al.* (2013), as posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP estão associadas a maiores taxas de partos eutócicos. Os resultados obtidos na intervenção em análise parecem apontar no mesmo sentido.

Tabela 3- Distribuição das parturientes conforme a gravidez e o parto (n=10)

<b>Aulas de preparação para o parto</b>	Ni	fi (%)
Sim	6	60
Não	4	40
<b>Número de gestações</b>		
Uma	6	60
Duas	2	20
Três	2	20
<b>Número de partos</b>		
Um	7	70
Dois	2	20
Três	1	10
<b>Tipo de parto</b>		
Eutócico	8	80
Distócico instrumentado	2	20

Relativamente ao TP foi contabilizado o tempo (em horas) de duração da fase ativa do TP. Embora o início da fase ativa do TP seja difícil de definir, foi considerada esta fase a partir do momento em que se verificou a extinção do colo uterino. Assim, variou entre as 3 e as 10 horas, com média de  $6,3 \pm 2,63$  horas, e mediana de 6 horas. Em 25% das situações a duração foi superior a 8,5 horas (Tabela 4).

Quanto à analgesia, nomeadamente ao número de administrações de analgesia epidural, considerando que todas as mulheres optaram por este tipo de analgesia para alívio da dor durante a fase ativa do TP, variou entre 1 e 6 com média de  $2,9 \pm 1,66$  e mediana 2,5 (Tabela 4).

É de referir que na Unidade de Saúde na qual ocorreu o ENP a analgesia epidural é administrada em bólus, com um intervalo mínimo de 1 hora entre administrações e consoante a dor referida pela parturiente.

Considerando esta prática da instituição e tendo em conta o tempo de duração da fase ativa do TP das parturientes em causa e o número médio de administrações registadas, pode dizer-se que não se administrou analgesia epidural a cada hora, podendo estar relacionado com os limiares de dor das mulheres, ou com a utilização de outras estratégias para alívio da dor durante o trabalho de parto. De acordo com Ben *et al.* (2010), Gizzo *et al.* (2014), Kripke (2010), Lawrence *et al.* (2013), Lothian (2009), Oliveira *et al.* (2013) e Priddis *et al.* (2012), a utilização de posições verticalizadas poderá ter efeitos positivos no controlo da dor, sendo utilizada como um dos métodos não farmacológicos para o seu alívio. Kripke (2010) conclui, mesmo, que o recurso a



posições verticalizadas reduz a utilização de analgesia epidural, corroborando os resultados encontrados no presente trabalho.

*Tabela 4 - Distribuição conforme a duração do TP e a analgesia*

	Min - Máx	Média ± desvio padrão	Mediana	P25 - P75
Duração da fase ativa do TP (horas)	3 – 10	6,3±2,63	6	4 – 8,5
Nº de administrações de analgesia epidural	1 – 6	2,9±1,66	2,5	1,75 - 4,25

### **Caracterização do Recém-Nascido**

No que diz respeito ao RN, foram analisados dados relativos ao sexo, peso e índice de Apgar ao 1º e 5º minuto de vida, conforme a Tabela 5.

Relativamente ao sexo observa-se uma distribuição homogênea.

O peso dos RN no momento do nascimento variou entre os 2,380Kg e os 3,670 Kg, com média de 3,210±0,360 Kg, e mediana de 3,330 Kg. Considerando-se que todos os RN apresentavam Idade Gestacional superior a 37 semanas, e considerando o peso de acordo com a sua adequação para a Idade Gestacional, constata-se que 90% apresentava um peso adequado à sua Idade Gestacional.

O índice de Apgar dos RN ao primeiro e quinto minuto de vida foi objeto de análise, sendo que ao primeiro minuto 70% apresentavam um score de 10 e ao quinto minuto todos apresentavam Apgar de 10. Ferrão e Zangão (2017) afirmam que as mulheres que recorrem às posições verticalizadas durante o TP têm RN com melhores Índices de Apgar. Nos resultados obtidos, todos os RN apresentaram Índices de Apgar compatíveis com uma boa vitalidade (>7).

*Tabela 5 - Dados de caracterização do RN (n=10)*

<b>Sexo</b>	<b>Ni</b>	<b>fi(%)</b>
Feminino	5	50%
Masculino	5	50%
<b>Peso de acordo com a Idade Gestacional</b>		
Peso Normal (2,5 a 4 Kg)	9	90%
Baixo Peso (<2,5 Kg)	1	10%
<b>Apgar 1º min.</b>		
8	1	10%
9	2	20%
10	7	70%

## Experiência e satisfação com o trabalho de parto

A avaliação da experiência e satisfação com o TP foi efetuada através dos discursos das parturientes obtidos dos relatos de experiência e das respostas às subescalas (1) condições e cuidados prestados, (2) experiência positiva, (3) experiência negativa, e (4) relaxamento, do QESP (Costa *et al.*, 2004).

Relativamente à análise de conteúdo dos 10 relatos de experiência de TP obtidos (Apêndice III), emergiram duas áreas temáticas: o contributo das posições verticalizadas durante o TP e a experiência de TP com o recurso a posições verticalizadas (Tabela 6).

Na área referente ao contributo das posições verticalizadas durante o TP foi possível enumerar três categorias: Controlo da dor; Conforto e Relaxamento, e Progressão do Trabalho de Parto.

Por sua vez, na área relativa à experiência de TP com o recurso a posições verticalizadas foram nomeadas quatro categorias: Expectativas Positivas; Expectativas Negativas; Satisfação com o TP e Satisfação com os cuidados prestados, esta última dividida em 3 subcategorias: o cuidado e o profissionalismo dos profissionais de saúde, a relação profissional de saúde/parturiente e o esclarecimento e a explicação de procedimentos.

Tabela 6 –Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes dos discursos proferidos pelas parturientes

Área Temática	Categoria	Subcategoria
<b>O contributo das posições verticalizadas durante o TP</b>	Controlo da dor	
	Conforto e Relaxamento	
	Progressão do TP	
<b>A experiência de TP com o recurso a posições verticalizadas</b>	Expectativas Positivas	
	Expectativas Negativas	
	Satisfação com o TP	
	Satisfação com os cuidados prestados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado e o profissionalismo dos profissionais de saúde</li> <li>- Relação profissional de saúde/parturiente</li> <li>- Esclarecimento e a explicação de procedimentos</li> </ul>

Quanto às subescalas do QESP, embora as autoras avaliem cada subescala através do somatório dos valores obtidos, no presente trabalho optou-se por apresentar os resultados em função das médias ponderadas, de forma a poder efetuar a comparação entre as subescalas, uma vez que o número de itens em cada uma é variável. Nas subescalas Condições e cuidados prestados, Experiência Positiva e Relaxamento apresentam-se os resultados médios da totalidade das respostas a todas as questões constituintes de cada subescala. Quanto à subescala Experiência Negativa optou-se por subdividir os itens, apresentando os valores relativos às 8 questões avaliadas de 1 a 4 separados dos valores das últimas quatro questões relativas à intensidade da dor, avaliadas de 0 a 10 (Tabela 7). Apresentam-se, ainda, os resultados médios de todas as respostas individualmente para cada questão pertencente às subescalas aplicadas (Apêndice IV).

*Tabela 7 - Distribuição das parturientes conforme a experiência de satisfação com o parto (n=10)*

Subescala	Mín - Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana	P25 - P75
Condições e cuidados prestados	3,14 – 4,0	3,79±0,27	3,86	3,68 – 4,0
Experiência positiva	2,68 – 3,91	3,25±0,42	3,27	2,77 – 3,64
Experiência negativa (itens 1 a 8)	1,88 – 3,13	2,50±0,47	2,50	2,00 – 2,94
Experiência negativa (itens 9 a 12)	1,50 – 8,75	5,68±2,19	6,00	4,13 – 7,25
Relaxamento	3,00 – 3,83	3,43±0,31	3,33	3,25 – 3,71

Nas Condições e cuidados prestados observam-se os valores mais elevados nas subescalas em análise. Os scores variaram entre 3,14 e 4,0, com média de 3,79±0,27, e mediana de 3,86.

Considerando que esta foi a subescala que apresentou melhores resultados, pode dizer-se que as mulheres envolvidas nesta intervenção e que tiveram a possibilidade de recorrer às posições verticalizadas durante o primeiro estadió do TP ficaram com uma percepção muito positiva no que concerne às condições da instituição e aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Individualmente, as questões com melhores resultados são as questões 1.4 (A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Trabalho de Parto foi de acordo com as suas expectativas) e a 1.12 (Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Trabalho de Parto) que evidenciam

uma total satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

De igual modo, foram encontrados quatro relatos que evidenciam a atenção que as parturientes deram à forma como foram cuidadas pelos profissionais, destacando os **Cuidados e o profissionalismo dos profissionais de saúde**: *“A qualidade prestada pelos profissionais de saúde durante todo o tempo do trabalho de parto e parto foi excelente. (...) Profissionais exímios, cuidadosos e prestáveis.”* (R 1). Esta ideia é também corroborada no Relato 5: *“...Desde o início que fui muito bem acompanhada, tive uma excelente equipa com excelentes profissionais.”* (R 5).

A referência ao estabelecimento da **Relação profissionais de saúde/parturiente** expressa-se em sete relatos, mostrando a importância do suporte e do apoio emocional dos profissionais de saúde para a percepção da experiência e satisfação com o TP, como é sugerido por Conde *et al.* (2007) e Figueiredo *et al.* (2012), como nos exemplos que se seguem: *“...tentaram sempre me ajudar...”* (R 1); *“Mas com o acompanhamento que a equipa de profissionais de saúde, esse receio (do inesperado) foi-se dissipando.”* (R 4); *“Tudo se tornou mais fácil (...) com o apoio delas.”* (R 9).

De acordo com Conde *et al.* (2007) e Figueiredo *et al.* (2012), a experiência e a satisfação das mulheres é influenciada pelo suporte e pelas atitudes por parte dos profissionais de saúde durante o TP, além das condições proporcionadas institucionalmente.

Além disso, estes relatos demonstram o estabelecimento de uma relação de ajuda e uma prestação de cuidados centrados na parturiente, indo de encontro à prática baseada nos pressupostos teóricos orientadores do ENP anteriormente referidos no presente relatório.

No que diz respeito à subescala 2 do QESP, referente à Experiência Positiva, os scores variam entre 2,68 e 3,91, com média de  $3,25 \pm 0,42$  e mediana de 3,27. Apesar de o valor médio das respostas obtidas ser inferior ao valor obtido na subescala Condições e cuidados prestados, os resultados apontam para uma avaliação positiva relativamente às expectativas, autocontrolo e autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a sua experiência de TP.

Por sua vez, foram identificados três extratos de relatos que demonstram **Satisfação com o TP** e parto, como: *“Felizmente só tenho a referir aspetos positivos relativo à minha experiência.”* (R 2); e *“Adorei a experiência”* (R 3).

A satisfação com o TP referida vai de encontro aos resultados obtidos na subescala Experiência Positiva, no geral, e na questão 2.17 do QESP em particular (Está satisfeita com a forma como decorreu o seu TP), que obteve uma média de respostas de  $3,90 \pm 0,316$ , evidenciando uma perceção muito positiva da satisfação com o TP.

De acordo com Ferrão e Zangão (2017), o recurso a posições verticalizadas permite melhorar o conforto e a sensação de controlo sobre o próprio, aumentando a satisfação para com o TP.

Figueiredo *et al.* (2012) referem que a experiência de TP depende da participação ativa da mulher nas decisões médicas e da consecução de expectativas prévias. De igual modo, a satisfação das mulheres com o parto está intimamente ligada às expectativas e ao respeito das mesmas, às experiências, aos conhecimentos sobre o TP, ao seu envolvimento na tomada de decisão e à atenção e os cuidados recebidos no período do parto (Arias, 2011; Fair & Morrisson, 2012; Lothian & DeVries, 2017).

Em seis relatos foram notadas experiências que demonstram a superação das **Expectativas positivas**: “*Senti que correu melhor do que tinha pensado.*” (R 1) e “*O parto decorreu muito melhor do que eu imaginava.*” (R 4).

A consecução das expectativas prévias é um dos elementos que favorece a experiência e a satisfação com o TP, conforme é referido por Arias (2011), Conde *et al.* (2011), Fair e Morrisson (2012), Figueiredo *et al.* (2012), Kuo *et al.* (2010), Lothian e DeVries (2017) e Ronconi *et al.* (2010). De igual forma estes relatos de parto vão de encontro aos resultados obtidos à questão número 2.1 do QESP (O trabalho de parto decorreu de encontro com as suas expectativas) que obteve uma média de  $3,40 \pm 0,843$ , demonstrando uma perceção positiva das mulheres relativamente à consecução das suas expectativas relacionadas com o seu TP-

Obtiveram-se cinco referências ao **Esclarecimento e explicação dos procedimentos**, como a seguir apresentada: “*...onde me foi explicado cada passo.(...) mas com muitas explicações do que me estavam a fazer.*” (R 2).

O conhecimento, o esclarecimento de dúvidas e a explicação de procedimentos são fatores que influenciam a experiência e a satisfação com o TP, tal como referem os autores consultados (Arias, 2011; Conde *et al.*, 2011; Fair & Morrisson, 2012; Figueiredo *et al.*, 2012; Lothian & DeVries, 2017).

Priddis *et al.* (2012) demonstra que as parturientes que utilizam posições verticais durante o TP relatam uma maior satisfação com a sua experiência de parto. Assim, dada

a avaliação positiva que as mulheres fazem da subescala Experiência Positiva e dos relatos obtidos, depreende-se que as mesmas tiveram, no geral, uma experiência positiva do TP e portanto uma percepção positiva das suas expectativas, autocontrolo e autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação. À semelhança do que acontece com a subescala Condições e Cuidados prestados, estes resultados não dependem exclusivamente da intervenção sistematizada, mas resultam de um processo global de cuidados no qual a aplicação de posições verticalizadas teve um papel central, podendo inferir-se que, de uma forma geral, as parturientes ficaram satisfeitas com a sua experiência de TP.

Foram, também, identificadas duas referências a **Expectativas negativas**, relacionadas em particular com o momento do parto: *“Em relação ao parto foi um pouco mais doloroso do que imaginei.”* (R 5) e *“A experiência vivenciada no parto não foi de encontro às minhas expectativas, pois tinha idealizado um parto eutócico, o que não aconteceu.”* (R 8). Estes dois extratos evidenciam o que alguns autores referem como sendo determinantes da experiência e satisfação com o TP: a dor (Conde *et al.*, 2007) e o tipo de parto (Figueiredo *et al.*, 2012).

Relativamente às questões 1 a 8 da subescala Experiência Negativa do QESP, os scores variam entre 1,88 e 3,13, com média de  $2,50 \pm 0,47$  e mediana de 2,50. De acordo com as respostas obtidas nas subescalas Condições e cuidados prestados e Experiência Positiva, que demonstram uma percepção positiva da experiência de TP, era expectável que na subescala Experiência Negativa os valores médios obtidos fossem inferiores, tal como se pode verificar. Conforme Conde *et al.* (2007), Figueiredo *et al.* (2012) e Ronconi *et al.* (2010), a experiência de TP é afetada pela dor sentida durante o TP, bem como pelas expectativas prévias relacionadas com a dor, geradoras de medo e ansiedade, podendo afetar negativamente a percepção da experiência de TP. Portanto, face aos resultados obtidos, pode inferir-se que a percepção que as parturientes têm relativamente aos aspetos negativos da sua experiência de TP não é tão evidenciada quanto a percepção que têm dos aspetos positivos relacionados com a experiência de TP, conforme os resultados obtidos na subescala Experiência Positiva, o que poderá estar associado ao recurso às posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP, que são referidas por diversos autores como um importante método não farmacológico de alívio da dor (Ben *et al.*, 2010; Gizzo *et al.*, 2014; Kripke, 2010; Lawrence *et al.*, 2013; Lothian, 2009; Oliveira *et al.*, 2013; Priddis *et al.*, 2012).

De igual forma, em quatro relatos de experiência as parturientes referenciaram as posturas verticalizadas durante o TP como métodos de **Controlo da dor**, com

expressões como: *“Eu sou uma pessoa muito sensível à dor... entre bola de pilates, duche de água corrente na zona lombar, tudo ajudou.”* (R 1), o que também é referido no Relato 10 *“...o duche de água quente, andar e andar na bola ajudaram a controlar as contrações.”* (R 10).

Quanto às questões 9 a 12 da Experiência Negativa, avaliadas de 0 a 10, os scores variam entre 1,50 e 8,75, com média de  $5,68 \pm 2,19$  e mediana de 6,00. A dor é uma experiência sensorial multifatorial e, como tal, era já expectável esta amplitude de resultados.

A questão com resultado médio mais baixo é a questão 3.6 (Recorda o Parto como doloroso), o que se torna igualmente positivo para a avaliação global da experiência de TP e parto, já que as parturientes recordam o parto como pouco doloroso.

No que diz respeito ao Relaxamento, os scores da subescala do QESP variam entre 3,00 e 3,83, com média de  $3,43 \pm 0,31$  e mediana de 3,33, o que demonstra que as parturientes tiveram uma perceção positiva relativamente ao relaxamento conseguido durante o TP.

O **Conforto e relaxamento** foram referidos por duas parturientes como sendo promovidos pela utilização de posições verticalizadas durante o TP, dizendo *“...as caminhadas no corredor, o uso da bola de pilates, os agachamentos, todo este conjunto de materiais/técnicas me ajudaram a ficar mais tranquilizada, segura e confiante, além de que ajudou a passar o tempo com mais qualidade.”* (R 2), o que é igualmente identificado no Relato 9 *“...forneceram uma bola de pilates, que me fez relaxar a 100% e pararam os tremores definitivamente... usaram diversas técnicas para relaxar, com água quente, movimentos nas pernas, respiração. Tudo se tornou mais fácil com estas técnicas... as técnicas de relaxamento, através de posturas verticalizadas tudo se descomplica e tudo se torna mais fácil.”* (R 9).

Estes dois extratos evidenciam que o uso de posições verticalizadas durante o TP contribui para a sensação de conforto e relaxamento, o que é corroborado pelos dados obtidos na subescala Relaxamento do QESP, que demonstra que as parturientes tiveram uma perceção positiva relativamente ao relaxamento conseguido durante o TP. Ferrão e Zangão (2017) e Lawrence *et al.* (2013) evidenciam que a adoção de posições verticalizadas de uma forma dinâmica durante o TP está associada à promoção do conforto e alívio da dor o que, por sua vez, promove o relaxamento.

Em dois relatos de experiência as mulheres referiram, ainda, o favorecimento da **Progressão do TP** através do uso de posições verticalizadas durante o TP, tomando como exemplo: *“A dilatação foi mais demorada, no entanto, quando caminhava ou usava a bola, a diferença era notória e muito rápida.”* (R 5).

Ben *et al.* (2010), Gizzo *et al.* (2014), Kripke (2010), Lawrence *et al.* (2013), Lothian (2009), Oliveira *et al.* (2013) e Priddis *et al.* (2012) referem que a posição verticalizada favorece a evolução do TP, encurtando a duração do primeiro estadio do TP, indo de encontro ao que é referido por estas mulheres.

## 2.7. Conclusões

Através dos dados obtidos podem tirar-se algumas conclusões que, embora não se possam generalizar, poderão servir de sustentação favorável para a aplicação na prática clínica das posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP.

Relativamente aos contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP para a experiência e satisfação da mulher com o TP e parto pode concluir-se que os resultados parecem apontar para que as posições verticalizadas favoreçam a experiência e a satisfação com o TP. Os resultados das subescalas do QESP aplicadas foram positivos, demonstrando, no geral, uma perceção positiva da experiência e satisfação com o TP. Os relatos de experiência demonstram que as parturientes identificaram contributos do recurso às posições verticalizadas durante o TP, nomeadamente o controlo e alívio da dor, o conforto e o relaxamento e a progressão do TP (culminando numa menor duração do primeiro estadio do TP).

No que diz respeito às experiências vivenciadas pelas parturientes que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP conclui-se que obtiveram, de uma forma geral, uma experiência positiva. Evidenciaram vantagens desta intervenção para o TP, para o seu bem-estar e relaxamento e demonstraram uma perceção muito positiva da experiência e satisfação com o TP através do QESP. Embora não se possa aferir a experiência e a satisfação das parturientes diretamente com esta intervenção em particular, pode perceber-se que, de uma forma geral ficaram muito satisfeitas com o TP, já que a promoção das posições verticalizadas foi uma das intervenções independentes levadas a cabo na prestação de cuidados, integrada num plano de cuidados assistenciais globais a toda a experiência de TP.



O contributo do EESMO na utilização de posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP para a experiência e satisfação da mulher com o TP e parto parece ter sido preponderante na promoção desta intervenção, através de uma prática de cuidados centrada nos interesses da parturiente, associado ao estabelecimento de uma relação de ajuda e de apoio, informando e esclarecendo a parturiente e apoiando-a nas suas decisões.

No decorrer do presente trabalho foram encontradas algumas limitações que afetaram os resultados obtidos. Durante a aplicação da intervenção verificou-se alguma dificuldade em obter casos que pudessem ser incluídos por não serem cumpridos os critérios de inclusão no estudo relativos ao limite temporal em posição verticalizada (3h), nomeadamente situações de TP de progressão rápida e achados de CTG não tranquilizadores, que obrigavam a monitorização contínua, impedindo a posição verticalizada livre. A amostra selecionada não foi, portanto, representativa, impedindo a generalização dos resultados. Além disso, o facto de o presente estudo se limitar à aplicação da intervenção durante o primeiro estadio do TP pode enviesar alguns resultados, uma vez que a mulher pode não ter conseguido distanciar-se da experiência do segundo estadio do TP.

No entanto, embora os resultados do presente trabalho não se possam generalizar devido às suas limitações, poderão servir de sustentação favorável para a aplicação na prática clínica desta intervenção sistematizada, dado os seus resultados favoráveis para a experiência e satisfação da mulher com o seu trabalho de parto.



## Considerações Finais

O ENP constituiu-se como um culminar de dois anos de formação especializada em Saúde Materna e Obstétrica, no qual existiu a oportunidade de colmatar as necessidades sentidas ao longo do CMESMO. Assim, para este estágio foram delineadas duas áreas particulares de atenção do EESMO, com vista a desenvolver competências transversais para a adequada prestação de cuidados especializados: a saúde da mulher grávida, e família, em situação de risco internada em meio hospitalar e a prestação de cuidados à mulher, e família, durante o TP e parto e ao respetivo RN.

Assim, no presente estágio, foram desenvolvidas e consolidadas competências para cuidar da mulher grávida, inserida na família, durante o período pré-natal em situação de risco ou abortamento, em regime de internamento hospitalar, promovendo a saúde, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações; providenciando cuidados à grávida e facilitando a sua adaptação.

A este nível, e em todas as situações de prestação de cuidados à grávida com gravidez de risco, destacaram-se as competências desenvolvidas na monitorização, avaliação e atenção a dar a cada grávida em particular, que são de crucial importância para a redução da morbilidade e mortalidade materna e fetal. O desenvolvimento de competências e conhecimentos para utilizar os meios técnicos e científicos para vigiar e monitorizar a gravidez foram fundamentais para a adequada prestação de cuidados. No entanto a situação em que a grávida se encontrava, de vulnerabilidade e fragilidade perante a patologia, levou a uma maior necessidade de apoio psicológico e emocional. Assim, as competências relacionais foram de extrema importância para lidar com estas situações, tendo sido desenvolvida especialmente a capacidade de estabelecimento de relação empática, de confiança e terapêutica, orientada pelos pressupostos teóricos de Watson e Neuman, de forma a ajudar a mulher grávida a vivenciar a gravidez de uma forma mais saudável.

De igual modo, foram desenvolvidas e consolidadas competências para cuidar da parturiente, inserida na família, durante o TP e parto, promovendo a sua saúde, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações e otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; e providenciando cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o TP.

No decorrer do ENP foi possível acompanhar parturientes em situação de indução do TP e início de TP, tendo sido desenvolvidos conhecimentos, competências e

capacidades para utilizar os diversos fármacos para indução do TP, vigiar o estado de saúde da grávida e feto e monitorizar evolução do TP. Nesta área foi particularmente importante o desenvolvimento de competências para apoiar a parturiente a utilizar estratégias não farmacológicas para alívio da dor, promovendo o relaxamento e o bem-estar.

Ao nível do processo de cuidados assistenciais no nascimento, o ENP permitiu o desenvolvimento de competências, conhecimentos e capacidades para cuidar da parturiente, acompanhante e RN, realizando o parto em ambiente seguro, tendo-se constituído como um espaço de tempo fulcral para o desenvolvimento profissional. A multiplicidade de situações vivenciadas obrigaram ao desenvolvimento do pensamento crítico, capacidade de reflexão, mobilização perspicaz de conhecimentos e processo de tomada de decisão, cruciais para um correto desempenho das funções de EESMO, que de outra forma não teriam sido possíveis de desenvolver.

O desenvolvimento de competências inerentes à autonomia da prestação de cuidados implícitos ao EESMO e a tomada de decisão baseada em conhecimentos sustentados na evidência científica e, ainda, baseados em teorias de enfermagem que forneçam estrutura e organização ao conhecimento da enfermagem, foi essencial para a formação e consolidação da identidade profissional especializada.

O ENP permitiu, ainda, colmatar a experiência em contexto de prática clínica necessária para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, cumprindo as normas legais para a sua atribuição.

Assim, em todo o CMESMO, considerando as experiências obtidas em todos os estágios realizados, contabilizam-se 45 partos eutócicos realizados, 5 partos assistidos/colaborados, vigilância e prestação de cuidados a 62 grávidas em situação de risco, vigilância e realização de consulta pré-natal a 208 grávidas; vigilância e prestação de cuidados a 82 parturientes; prestação de cuidados a 168 puérperas e 151 RN, além da participação ativa em expulsão de feto morto (com 20 semanas de gestação) em apresentação pélvica, realização de episiotomia e diferentes técnicas de sutura, prestação de cuidados a RN com necessidades especiais e prestação de cuidados a mulheres com patologia ginecológica, indo de encontro aos requisitos das orientações constantes nas diretivas números 80/154/CEE e 80/155/CEE transpostas para direito interno através do Decreto-Lei nº 15/92 de 4 de fevereiro; a Lei n.º 9/2009 de 4 de Março, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de setembro, relativa ao reconhecimento das

qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia; assim como o Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 18 de fevereiro de 2011, que define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Por outro lado, o presente estágio integrou uma componente científica, através da qual se pretendeu desenvolver o conhecimento especializado pela prática baseada na evidência, para promover o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do TP, avaliando a experiência e a satisfação da mulher com o seu TP a partir da aplicação desta intervenção sistematizada. Após a análise dos dados colhidos, concluiu-se que as parturientes ficaram, de uma forma geral, satisfeitas com a sua experiência de TP, no qual se incluiu o recurso a posições verticalizadas, tendo identificado como principais contributos desta intervenção o controlo da dor e desconforto, o relaxamento e a progressão to TP.

Além do desenvolvimento de competências profissionais inerentes aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o ENP proporcionou, também, desenvolvimento a nível pessoal, destacando-se as relações desenvolvidas no seio de uma equipa multidisciplinar, que permitiram aumentar o nível de conhecimentos e capacidades, e que irão refletir-se no futuro profissional.



## Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L., & Lukasse, M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. The Cochrane Library. Doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/full>
- Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37-40. Doi: 10.1016/j.wombi.2013.09.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519213004010>
- Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N., Dias, S., Jones, L. & Caldwell, D. (2015). Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network meta-analysis. *bmj*, 350, h217. Doi: 10.1136/bmj.h217. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h217.full>
- APEO (2009). *Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Arias, B. (2011). *Práticas obstétricas segundo a OMS: expectativas, percepção e satisfação da mulher*. Tese de Mestrado. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1524>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.06.020/full>
- Balaskas, J. (2017) *Parto Ativo*. Lisboa: 4 Estações.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70.
- Ben, R., Fatnassi, R., Khelifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K., ... Hidar, S. (2010). Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 39(8), 656-662. Doi: 10.1016/j.jgyn.2010.06.007. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/20692774>
- Boccolini, C., Carvalho, M., Oliveira, M., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de*

- pediatria*, 89(2), 131-136. Doi: 10.1016/j.jpdp.2012.09.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000220>
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R. & Cuthbert, A. (2017). *Continuous support for women during childbirth*. The Cochrane Library. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
  - Campos, A., Montenegro, N. & Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed. Porto: Lidel.
  - Casimiro, L. (2013). *Função hepática e gravidez*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto.
  - Chen, W., Xue, J., Peprah, M., Wen, S., Walker, M., Gao, Y. & Tang, Y. (2016). A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 346-354. Doi: 10.1111/1471-0528.13456. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13456/full>
  - Cohen, W. & Friedman, E. (2015). Perils of the new labor management guidelines. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(4), 420-427. Doi: 10.1016/j.ajog.2014.09.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937814009272>
  - Collière, F. (1989). *Promovendo a vida*. Lisboa: Estampa.
  - Conde, A., Figueiredo, B. & Costa, R. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 49-66. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1128>
  - Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. & Martínez-Roche, M. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (3), 520-526. Doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)
  - Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, Saúde e Doenças*, (2), 159-187. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36250203.pdf>
  - Cubal, A. & Pereira, S. (2014). Preterm labor: screening and prevention Parto pré-termo: rastreio e prevenção. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*,



- 8(3), 276-282. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/13-aogp-d-14-00082.pdf>
- Decreto-Lei nº 15/1992. *Diário da República I Série A* (1992-02-04) 713-714.
  - Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
  - Downe, S. (2005). Rebirthing midwifery. *The Royal College of Midwives*. 8. 346-349.
  - Fair, C. & Morrison, T. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44. Doi: 10.1016/j.midw.2010.10.013. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(10\)00174-9/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(10)00174-9/abstract)
  - Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). "Trabalho de Parto" in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 308-320. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
  - Feldman, R., Rosenthal, Z. & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological psychiatry*, 75(1), 56-64. Doi: 10.1016/j.biopsych.2013.08.012. Disponível em: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(13\)00764-6/abstract](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(13)00764-6/abstract)
  - Fernández, A., Pérez, V., Cid, I., Iglesias, G. & Gámez, Á. M. (2013). Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 258-367. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300002)
  - Ferrão, A. & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estadio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1). Doi: 10.24902/r.riase.2017.3(1).886. Disponível em: [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/179](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179)
  - Figo safe motherhood and newborn health committee (2012). FIGO Guidelines: Preventions and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. 117. 108-118. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2012.03.001/full>
  - Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé.

- International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3). 531-539. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/337/33730307/>
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2012). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(2), 203-217. Doi: 10.14417/ap.306. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/306>
  - Fonseca, S. (2016). "Indução do Trabalho de Parto" in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 353-355. Lisboa. Lidel Edições Técnicas.
  - Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
  - Freitas, M. & Baptista, M. (2016). "Avaliação e estabilização do Recém-Nascido". In Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 487-491. Lisboa. Lidel Edições Técnicas.
  - Friedman, E. (1978). *Labor: Clinical evaluation and management*. 2ªed. Nova Iorque: Appleton.
  - Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A. & Quintana, S. (2014). Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. *Revista Dor*, 15(4), 253-255. Doi: 10.5935/1806-0013.20140054. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132014000400253&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132014000400253&script=sci_arttext&tlng=pt)
  - Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Duarte, G. & Quintana, S. (2017). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*. 64(1). 33-40. Doi: 10.1016/j.jphys.2017.11.014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955317301455>
  - George, J., Watson, J. & Talento, B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora.
  - Germain, B. & Parés, N. (2009). *Parir en movimiento: la movilidad de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de Marzo.
  - Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Research International*.

Doi: 10.1155/2014/638093. Disponível em:  
<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/638093/abs/>

- Graça, L. (2010) *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Gradíssimo, A. (2014). *Bola de pilates e música no trabalho de parto: uma intervenção em cuidados especializados*. Tese de Mestrado. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/11850>
- Grant, E., Tao, W., Craig, M., McIntire, D. & Leveno, K. (2015). Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 288-293. Doi: 10.1111/1471-0528.12966. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12966/full>
- Guerra, A. (2016). "A dor em obstetrícia" in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 408-410. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Hackenhaar, A., Albernaz, E. & Fonseca, T. (2014). Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections. *Jornal de Pediatria* (Versão em Português), 90(2), 197-202. Doi: 10.1016/j.jped.2013.08.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713002003>
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. & Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub4/full>
- Hospital de Braga. (2017). *O Hospital: Visão, missão e valores*. Disponível em: <https://www.hospitaldebraga.pt/o-hospital/visao-missao-e-valores>
- Hutchon D. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of midwifery and reproductive Health*. 1 (1) 4-6. Doi: 10.22038/JMRH.2013.1249. Disponível em: [http://jmrh.mums.ac.ir/article\\_1249\\_154.html](http://jmrh.mums.ac.ir/article_1249_154.html)
- Kelly, B. (2017). Ectopic Pregnancy: Treatment Options and Consideration of Future Fertility. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 37(16), 1-6. Doi: 10.1097/01.PGO.0000526502.39601.f9. Disponível em: [https://journals.lww.com/postgradobgyn/Citation/2017/11150/Ectopic\\_Pregnancy\\_\\_\\_Treatment\\_Options\\_and.1.aspx](https://journals.lww.com/postgradobgyn/Citation/2017/11150/Ectopic_Pregnancy___Treatment_Options_and.1.aspx)

- Kripke, C. (2010). Upright vs. recumbent maternal position during first stage of labor. *American family physician*, 81(3), 285. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2010/0201/p285.html>
- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C. & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(09\)00368-X/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00368-X/abstract)
- Langen, E., Weiner, S., Bloom, S., Rouse, D., Varner, M., Reddy, U. & Sciscione, A. (2016). Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 489. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001299. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102500/>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour - Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>
- Lei nº 9/2009. *Diário da República*, I Série nº 44 (2009-03-04) 1466-1530
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (2008). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lewis, D. & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 9-12. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.019. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.06.019/full>
- Linhares, J., Macêdo, N., Arruda, G., Vasconcelos, J., Saraiva, T. & Ribeiro, A. (2014). Factors associated with mode of delivery in women with pre-eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(6), 259-263. Doi: 10.1590/S0100-720320140004812. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000600259&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000600259&script=sci_arttext)
- Long, L. (2006). Redefining the second stage of labour could help to promote normal birth. *British Journal of Midwifery*, 14(2). Doi: 10.12968/bjom.2006.14.2.20437. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2006.14.2.20437>

- Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: What every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. Doi: 10.1624/105812409X461225. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/jpe/2009/00000018/00000003/art00009>
- Lothian, J. & DeVries, C. (2017). *The Giving Birth with Confidence*. Simon and Schuster. 3ªed.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). “Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 211-215. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Matos, R. (2016). “Gravidez Ectópica” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 276-280. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris, P. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(2), 303-397. Doi: 10.1002/ebch.1971. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1971/full>
- Mercer, J., Skovgaard, R; Peareara-Eaves, J. & Bowman, T. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse- Midwifery Practice. *Journal Midwifery Womens Health*. 50. 373-379. Doi: 10.1016/j.jmwh.2005.04.023. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2005.04.023/full>
- Mineiro, L., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). “A Posição da Mulher no Trabalho de Parto”. In Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 335-347. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Mishanina, E., Rogozinska, E., Thatthi, T., Uddin-Khan, R., Khan, K. & Meads, C. (2014). Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 665-673. Doi: 10.1503/cmaj.130925. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/186/9/665.short>
- Monteiro, F. & Leite, C. (2016). “Estados hipertensivos da gravidez” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 182-199. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2014). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25950072>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- Nieuwenhuijze, M., Low, L., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 277-285. Doi: 10.1111/jmwh.12187. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12187/full>
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A. D., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(1), 25-31. Doi: 10.3109/0167482X.2011.642428. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2011.642428>
- Oliveira, D., Ramos, M., Jordão, V., da Silva, R., de Carvalho, J. & Costa, M. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE*. 7(5), 4161-4170. Doi: 10.5205/1981-8963-v7i5a11645p4161-4170-2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11645>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao parto normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ozkan, S., Kadioglu, M. & Rathfisch, G. (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal*, 10(1), 235. Disponível em: [http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27\\_aydin\\_original\\_10\\_1.pdf](http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27_aydin_original_10_1.pdf)

- Pasche, D., Vilela, M. & Martins, C. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 4(4), 105-117. Disponível em: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:1rZHYOvO9XcJ:scholar.google.com/+Humaniza%C3%A7%C3%A3o+da+aten%C3%A7%C3%A3o+ao+parto+e+nascimento+no+Brasil:+pressupostos+para+uma+nova+%C3%A9tica+na+gest%C3%A3o+e+no+cuidado&hl=pt-PT&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:1rZHYOvO9XcJ:scholar.google.com/+Humaniza%C3%A7%C3%A3o+da+aten%C3%A7%C3%A3o+ao+parto+e+nascimento+no+Brasil:+pressupostos+para+uma+nova+%C3%A9tica+na+gest%C3%A3o+e+no+cuidado&hl=pt-PT&as_sdt=0,5)
- Penelas, N. & Pinheiro, S. (2016). Prevalência da Colonização de Strep Grupo B numa população de Grávidas do distrito de Vila Real. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 5(1), 75-79. Disponível em: <http://www.actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/101>
- Pinto, M. (2005) – *Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna - Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and birth*, 25(3), 100-106. Doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001. Disponível em: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(11\)00040-0/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(11)00040-0/abstract)
- Rodrigues, M. (2011). *Interrupção médica da gravidez e morte fetal*. Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ronconi, A., Perdichizzi, F., Pires, O., Constantino, E., Lopes, V. & Posso, I. (2010). Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, 11(4), 277-81. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1647.pdf>
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8-11. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-58302016000100002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100002)
- Santos, A., Oliveira, A., Amorim, T. & Silva, U. (2015). O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 531-539. Doi: 10.5902/2179769217337. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/17337>
- Silva, C. & Dadam, H. (2008). *Parto Humanizado ou Parto Mecanizado*. Curitiba: Encontro Paranaense. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/Anais%202008/Ana%20Carolina%20de%20>

Souza%20e%20Silva%20e%20Sara%20Helena%20Dadam%20-  
%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf

- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73037/2/29056.pdf>
- Sng, B., Leong, W., Zeng, Y., Siddiqui, F., Assam, P., Lim, Y. & Sia, A. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *The Cochrane Library*. Doi: 10.1002/14651858.CD007238.pub2. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/full>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). *Consenso clínico: Procedimento no recém-nascido com risco infeccioso*. Disponível em: [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Risco\\_infeccioso.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Risco_infeccioso.pdf)
- Sousa, L. (2016). “Métodos de Interrupção da gravidez” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 287-291. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Sousa, L. & Pereira, M. (2009). O impacto da interrupção da gravidez por mal formação congénita: a perspectiva do pai. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 31-47. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100003&script=sci_arttext&tlng=es)
- Souza, T., Gaíva, M. & Modes, P. (2011). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 479. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497>
- Thakar, R. & Sultan, A. (2016). Episiotomy and obstetric perineal trauma. *Best Practice in Labour and Delivery*, 2º Ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for induction of labour*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44531/1/9789241501156\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44531/1/9789241501156_eng.pdf)



- World Health Organization (2012). *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord\\_clamping/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/)
- World Health Organization. (2015). *Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>
- Zhang, J., Troendle, J., Grantz, K. & Reddy, U. (2015). Statistical aspects of modeling the labor curve. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(6), 750-e1. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.04.014. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00378-6/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00378-6/abstract)
- Zhang, J; Troendle, J & Yancey, M. (2002). Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Doi: 10.1067/mob.2002.127142. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00248-X/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00248-X/abstract)



## **ANEXO I - Autorização dos autores do QESP para a sua utilização**



## Autorização dos autores do QESP para a sua utilização

**De:** Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo [mailto:bbfi@psi.uminho.pt]

**Enviada:** domingo, 23 de julho de 2017 10:42

**Para:** LUIS GRAÇA <luisgraca@ess.lpvc.pt>

**Assunto:** RE: Pedido de autorização para utilização do QESP - Patricia Dias

Bom dia Luis Graça

Muito obrigada por considerar o nosso questionário QESP para o estudo que pretende realizar. Tem a minha autorização para utilizar o questionário e ficarei muito contente por receber os resultados que venham a obter.

Atentamente

Bárbara Figueiredo

Barbara Figueiredo. Professor.  
School of Psychology. University of Minho. Campus de Gualtar 4710-057. Braga.  
Portugal  
[www.psi.uminho.pt/en/layouts/15/UMinho.PortaisUOE1.UI/Pages/userinfo.aspx?p=1654](http://www.psi.uminho.pt/en/layouts/15/UMinho.PortaisUOE1.UI/Pages/userinfo.aspx?p=1654)

---

**De:** LUIS GRAÇA [luisgraca@ess.lpvc.pt]

**Enviado:** 19 de Julho de 2017 10:04

**Para:** Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

**Assunto:** FW: Pedido de autorização para utilização do QESP - Patricia Dias

Cara professora Bárbara Figueiredo

Como vai?

Professora Bárbara, temos uma estudante do Mestrado de Saúde Materna, que no estágio de natureza profissional, pretende avaliar a satisfação com a experiência do parto. Da pesquisa que fizemos, o conhecendo o trabalho que a professora tem feito, consideramos que o QESP se adequa ao que a estudante pretende avaliar.

Neste sentido vimos solicitar que nos autorize a utilizar o questionário, sendo após a aprovação do relatório lhe enviaremos os resultados

Certos da vossa melhor atenção

Com os melhores cumprimentos

**Luis Graça**

Enfermagem

Professor Adjunto

Escola Superior de Saúde  
Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL  
Tel. + 351 258 809 550 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24134

[www.ess.lpvc.pt](http://www.ess.lpvc.pt) • [luisgraca@ess.lpvc.pt](mailto:luisgraca@ess.lpvc.pt)

**De:** Patrícia Dias [mailto:patriciadias\_enf@hotmail.com]

**Enviada:** sexta-feira, 23 de junho de 2017 16:55

**Para:** bbfi@psi.uminho.pt

**Assunto:** Pedido de autorização para utilização do QESP

Boa tarde Cara Professora Doutora Bárbara Figueiredo.

O meu nome é Patrícia Dias e sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

No âmbito do Mestrado optei por realizar o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Científico, sob a orientação da Professora Maria Augusta Delgado e do Professor Doutor Luis Graça, a realizar no Hospital de Braga. O relatório terá como título: "Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto: intervenção do Enfermeiro Especialista".

Durante o estágio irei realizar um trabalho de cariz científico que consiste na aplicação de uma intervenção às mulheres em trabalho de parto, que objetiva a promoção das posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto e posteriormente gostaria de avaliar o que essa intervenção influenciou no grau de satisfação da mulher com o seu trabalho de parto. Para tal gostaria de poder utilizar como um dos métodos de recolha de dados as sub-escalas 1, 2, 3, e 4 do QESP, uma vez que me parece um instrumento científico adequado para tal trabalho.

Assim, gostaria de pedir a sua autorização legal para o seu uso, ficando ao seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos e muito grata desde já,

Patrícia Dias



## **ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética do Hospital de Braga**





Data: 14 de Novembro de 2017

Nossa referência: 129/2017

Relator: Amélia Rego

Guilherme  
17.11.17

At: 8º de  
F. L. G. L. L.  
17/11/17

**Parecer emitido em reunião plenária de 14 de Novembro de 2017**

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga emite o seguinte parecer referente ao Estudo Clínico sobre ***“Posições verticalizadas durante o primeiro estágio do trabalho de parto: intervenção do enfermeiro especialista. Avaliação da experiência e satisfação das parturientes”***:

a) A OMS (2015) incentiva a promoção das posições verticalizadas durante o primeiro estágio do TP, recomendando que todos os profissionais de saúde devem permitir que as mulheres escolham as posições verticais e a deambulação no trabalho de parto, porque isso parece encurtar a primeira fase do trabalho de parto em nulíparas e reduzir a taxa global de partos distócicos, destacando que esta é uma intervenção benéfica, barata e fácil de implementar, que respeita as escolhas das mulheres, sendo, portanto, fortemente recomendada.

O estudo a desenvolver por Patrícia Daniela de Sousa Dias, Enfermeira no Hospital de Braga, Serviço de Obstetrícia, Ala B e Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) tem a supervisão de Ana Paula Lira, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e tutora de estágio de natureza profissional, no Bloco de Partos do Hospital de Braga. A Prof. da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo Augusta Delgado, é a orientadora do projeto de intervenção clínica.

O projeto será concretizado no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Braga, sendo pertinente. O desenho do estudo decorre sob o paradigma quanti qualitativo. Tem como objetivo principal a promoção do recurso a posturas verticalizadas por parte das parturientes durante o primeiro estadio do trabalho de parto e a posterior avaliação da satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e de dados clínicos relativos ao parto, através de métodos quantitativos e qualitativos;

A aplicação da intervenção proposta tem como objetivos: (i) Perceber os contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto para a experiência e satisfação da mulher com o parto; (ii) Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto; (iii) Identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto e ; (iv) Identificar as vantagens do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto, para a mulher.

b) São previsíveis benefícios do estudo para as participantes, nomeadamente, maior satisfação com o trabalho de parto; menor duração do trabalho de parto; redução da dor e aumento do conforto; diminuição do uso de analgésicos, entre outros e uma mais-valia para o desenvolvimento académico e profissional da investigadora e para a intervenção de enfermagem, nesta área, no Hospital de Braga;

c) Os resultados obtidos através do presente trabalho serão publicados no âmbito do relatório científico de estágio, garantindo o anonimato dos participantes;

d) A Investigadora possui a aptidão requerida para a sua concretização;

e) No Serviço de Obstetrícia do Hospital de Braga existem condições logísticas e humanas necessárias à realização do estudo e o Diretor do referido Serviço deu o seu parecer favorável;

f) Não estão previstos custos referentes ao estudo, nem indica possuir qualquer parceria para financiamento, não apresentando, custos para o Hospital nem para as senhoras envolvidas;

g) A intervenção tem como população-alvo mulheres em trabalho de parto no Hospital de Braga sendo omissa a previsão do tamanho da amostra. A amostra será constituída por parturientes de baixo risco, admitidas no Bloco de Partos do Hospital de Braga em trabalho de parto, no período de tempo em que decorre o estágio (de setembro a novembro de 2017) e que aceitem colaborar no presente trabalho académico, mediante consentimento livre e esclarecido. Será também critério de inclusão a duração da aplicação da intervenção no decorrer do TP que decorre no Bloco de partos, que não deve ser inferior a 3 horas, contínuas ou intermitentes. Após a implementação da intervenção será aplicado um “Questionário de Experiência e Satisfação com o parto” às parturientes validado para a população portuguesa. Este é de auto preenchimento e consta de 104 perguntas referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativa ao Trabalho de Parto (TP), Parto (P) e Pós-Parto (PP). Será, ainda, pedido um relato escrito da sua experiência de trabalho de parto e consultado o processo hospitalar informatizado através da aplicação Glinntt® – Global Intelligent Technologie. Deste será extraído o tipo de parto, a duração da fase ativa do trabalho de parto, a quantidade de analgesia administrada durante a fase ativa do trabalho de parto, a existência de lesões do canal de parto ou perineais e o tipo de lesões (episiotomia ou lacerações) e o índice de APGAR dos recém-nascidos;

h) Não se evidenciam situações de conflito de interesses pela investigadora, durante o desenvolvimento do estudo;

i) Existe a garantia de que o anonimato e a confidencialidade das participantes deste estudo serão preservados. Apenas a investigadora terá acesso a dados confidenciais das parturientes, contemplados no processo clínico. Será aplicado questionário e solicitada narrativa, sem nunca ser realizada qualquer identificação, apenas será atribuído um número seriado para análise de base de dados.


Está previsto obter prévio consentimento informado escrito e o modelo apresentado é adequado ao estudo;

Em resumo, o processo de obtenção do parecer da Comissão de Ética foi *sui generis* visto ter sido submetido o projeto de estágio e não os dados referentes ao estudo, conforme preconiza a Política

---

de Investigação Clínica e não clínica, em vigor no Hospital de Braga, apesar da nossa solicitação nesse sentido. No entanto, foram introduzidas todas as reformulações sugeridas tendo parecer favorável à sua concretização.

O Presidente da CESHB

  
\_\_\_\_\_

(Dr. Juan Garcia)

**APÊNDICE I - Questionário de Experiência e Satisfação com o parto - Sub-escalas 1, 2, 3 e 4**



## Questionário de Experiência e Satisfação com o parto

### Sub-escalas 1, 2, 3 e 4

Para cada questão assinale com um X a opção que mais se adequa, sendo que:

1 – “nada”, “muito pior” ou “muito menos”;

2 – “um pouco”, “pior” ou “menos”;

3 – “bastante”, “melhor” ou “mais”;

4 – “muito”, “muito melhor” ou “muito mais”.

		1	2	3	4
1.1	As condições físicas da Maternidade no Trabalho de Parto foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
1.2	As condições físicas da Maternidade no Parto foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
1.3	As condições físicas da Maternidade no Pós-Parto foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
1.4	A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Trabalho de Parto foi de acordo com as suas expectativas				
1.5	A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Parto foi de acordo com as suas expectativas				
1.6	A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Pós-Parto foi de acordo com as suas expectativas				
1.7	O tempo que demorou o Trabalho de Parto foi de encontro com as suas expectativas				
1.8	O tempo que demorou o Parto foi de encontro com as suas expectativas				
1.9	Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no Trabalho de Parto				
1.10	Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no Parto				
1.11	Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no Pós-Parto				
1.12	Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Trabalho de Parto				
1.13	Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Parto				
1.14	Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no Pós-Parto				

2.1	O trabalho de parto decorreu de encontro com as suas expectativas				
2.2	O parto decorreu de encontro com as suas expectativas				
2.3	A dor que sentiu no Trabalho de Parto foi de acordo com as suas expectativas				
2.4	A dor que sentiu no Parto foi de acordo com as suas expectativas				
2.5	Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o Trabalho de Parto				
2.6	Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o Parto				
2.7	Sentiu-se confiante, durante o Trabalho de Parto				
2.8	Sentiu-se confiante, durante o Parto				
2.9	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao Trabalho de Parto				
2.10	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao Parto				
2.11	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao Pós-Parto				
2.12	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o Trabalho de Parto				
2.13	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o Parto				
2.14	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o Trabalho de Parto				
2.15	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o Parto				
2.16	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto				
2.17	Está satisfeita com a forma como decorreu o Trabalho de Parto				
2.18	Está satisfeita com a forma como decorreu o Parto				
2.19	Está satisfeita com a forma como decorreu o Pós-Parto				
2.20	Está satisfeita com o tempo de demorou o Trabalho de Parto				
2.21	Está satisfeita com o tempo de demorou o Parto				
2.22	Está satisfeita com o tempo de demorou o Pós-Parto				
3.1	Sentiu medo durante o Trabalho de Parto				
3.2	Sentiu medo durante o Parto				
3.2	Que quantidade de mal estar sentiu durante o Trabalho de Parto				
3.4	Que quantidade de mal estar sentiu durante o Parto				
3.5	Recorda o Trabalho de Parto como doloroso				
3.6	Recorda o Parto como doloroso				
3.7	Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no Trabalho de Parto				
3.8	Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no Parto				



4.1	Usou métodos de respiração e relaxamento durante o Trabalho de Parto				
4.2	Usou métodos de respiração e relaxamento durante o Parto				
4.3	Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o Trabalho de Parto				
4.4	Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o Parto				
4.5	O relaxamento ajudou-a durante o Trabalho de Parto				
4.6	O relaxamento ajudou-a durante o Parto				

Classifique de 0 a 10, em que 0 é “sem dor” e 10 é “dor máxima”:

3.9	Intensidade média de dor durante o Trabalho de Parto	
3.10	Intensidade máxima de dor durante o Trabalho de Parto	
3.11	Intensidade média de dor durante o Parto	
3.12	Intensidade máxima de dor durante o Parto	

Muito obrigada!



## **APÊNDICE II - Consentimento Informado**



## **Consentimento Informado**

O consentimento informado a seguir apresentado remete para a investigação relativa ao tema “Posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto: intervenção do Enfermeiro Especialista – Avaliação da experiência e satisfação das parturientes” que decorre no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, da aluna Patrícia Daniela de Sousa Dias, e com supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Ana Paula Lira, a decorrer no Serviço de Bloco de Partos do Hospital de Braga.

No presente estudo propõe-se estudar o fenómeno da posição verticalizada durante o primeiro estadio do trabalho de parto, propondo às mulheres em trabalho de parto que adotem posturas verticalizadas (de pé, de cócoras, sentadas, ou de joelhos) de acordo com a sua preferência e sempre que o seu estado de saúde permitir.

A aplicação desta intervenção tem como objetivos:

- Perceber os contributos do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto para a experiência e satisfação da mulher com o parto.
- Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres que experienciaram o recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto;
- Identificar as vantagens do recurso a posições verticalizadas durante o primeiro estadio do trabalho de parto, para a mulher.

Após a implementação da intervenção será aplicado um questionário de experiência e satisfação com o parto às parturientes, bem como pedido um relato escrito da sua experiência de trabalho de parto. Também será consultado o processo clínico da parturiente, com vista a obter as seguintes informações: o tipo de parto, a duração da fase ativa do trabalho de parto, a quantidade de analgesia administrada durante a fase ativa do trabalho de parto, a existência de lesões do canal de parto ou perineais e o tipo de lesões (episiotomia ou lacerações) e o índice de APGAR dos recém-nascidos. Os resultados obtidos através do presente trabalho serão publicados no âmbito do relatório científico de estágio, sendo garantido o anonimato dos dados.

Ao longo de todo o processo será garantida a liberdade de escolha informada e esclarecida, o anonimato em todos os dados recolhidos, a confidencialidade da sua participação e a possibilidade de abandonar o presente trabalho a qualquer momento sem qualquer prejuízo, sendo que a participação apenas será possível mediante a assinatura de consentimento informado, conforme formulário a seguir apresentado. Dá ideia suficientemente clara do que pretende fazer. A minha questão é que me parece muito centrada na investigação. Porque não optar por: com base na evidência, a posição verticalizada tem vantagens para a mulher e para o feto, não sendo uma prática frequente nos serviços de saúde. Neste sentido pretende-se desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o primeiro estadió do trabalho de parto, fazendo recurso à adoção de posições verticalizadas.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui elucidada sobre os objetivos da implementação desta intervenção sistematizada e da sua recolha de dados, com garantias de confidencialidade e anonimato, pelo que aceito participar no trabalho alusivo ao tema: “Posições verticalizadas durante o primeiro estadió do trabalho de parto: intervenção do Enfermeiro Especialista – Avaliação da experiência e satisfação das parturientes”.

\_\_/\_\_/\_\_

### **APÊNDICE III – Matriz de redução de enunciados**





## Matriz de redução de enunciados

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Enunciados
<b>O contributo das posições verticalizadas durante o TP</b>	Controlo da dor		<p>“Eu sou uma pessoa muito sensível à dor... entre bola de pilates, duche de água corrente na zona lombar, tudo ajudou.” (R1)</p> <p>“Os exercícios de relaxamento(...) foram vitais pois em caso de contração com dor auxiliam-nos a ultrapassar a mesma com menor dificuldade.”(R4)</p> <p>“Consegui tolerar a dor até ao momento de realizar a epidural, de forma serena, utilizando como técnicas adjuvantes os exercícios respiratórios, exercícios na bola de pilates e utilização de posições verticalizadas com a ajuda da equipa de enfermagem.” (R8)</p> <p>“...o duche de água quente, andar e andar na bola ajudaram a controlar as contrações.” (R10)</p>
	Conforto e Relaxamento		<p>“...as caminhadas no corredor, o uso da bola de pilates, os agachamentos, todo este conjunto de materiais/técnicas me ajudaram a ficar mais tranquilizada, segura e confiante, além de que ajudou a passar o tempo com mais qualidade.” (R2)</p> <p>“...forneceram uma bola de pilates, que me fez relaxar a 100% e pararam os tremores definitivamente... usaram diversas técnicas para relaxar, com água quente, movimentos nas pernas, respiração. Tudo se tornou mais fácil com estas técnicas... as técnicas de relaxamento, através de posturas verticalizadas tudo se descomplica e tudo se torna mais fácil.” (R9)</p>
	Progressão do TP		<p>“A dilatação foi mais demorada, no entanto, quando caminhava ou usava a bola, a diferença era notória e muito rápida. (R5)</p> <p>“...continuei a usar a bola e a fazer movimentos com o corpo, como as enfermeiras me iam dizendo, para ajudar na dilatação.” (R 0)</p>
	Expectativas Positivas		<p>“Senti que correu melhor do que tinha pensado.” (R1)</p> <p>“...não estava a contar que iria ser tão produtiva a nível de puxos.” (R 3)</p>

<b>A experiência de TP com o recurso a posições verticalizadas</b>			<p>“O parto decorreu muito melhor do que eu imaginava.” (R4)</p> <p>“...fizeram com que o meu parto não custasse assim tanto como eu estava à espera.” (R7)</p> <p>“A minha experiência durante o trabalho de parto decorreu conforme tinha idealizado.” (R8)</p> <p>“O trabalho de parto foi mais ou menos como eu tinha imaginado.” (R10)</p>
	Expectativas Negativas		<p>“Em relação ao parto foi um pouco mais doloroso do que imaginei.” (R5)</p> <p>“A experiência vivenciada no parto não foi de encontro às minhas expectativas, pois tinha idealizado um parto eutócico, o que não aconteceu.” (R8)</p>
	Satisfação com o TP		<p>“Foi a melhor sensação sentida até ao momento e penso que será a melhor e a mais espetacular da minha vida.” (R1)</p> <p>“Felizmente só tenho a referir aspetos positivos relativo à minha experiência.” (R2)</p> <p>“Adorei a experiência” (R3)</p>
	Satisfação com os cuidados prestados	Cuidado e o profissionalismo dos profissionais de saúde	<p>“A qualidade prestada pelos profissionais de saúde durante todo o tempo do trabalho de parto e parto foi excelente. (...) Profissionais exímios, cuidadosos e prestáveis.” (R1)</p> <p>“...fui muito bem recebida e acompanhada por toda a equipa, excelentes profissionais.” (R2)</p> <p>“São o pilar em todo este processo.” (R4)</p> <p>“... desde o início que fui muito bem acompanhada, tive uma excelente equipa com excelentes profissionais.” (R5)</p>
		Relação profissional de saúde/parturiente	<p>“...tentaram sempre me ajudar...” (R1)</p> <p>“...até nesse momento com paciência me ajudaram.” (R2)</p> <p>“Adorei a equipa que me acompanhou.” (R3)</p> <p>“Mas com o acompanhamento que a equipa de profissionais de saúde, esse receio (do inesperado) foi-se dissipando.” (R4)</p> <p>“...ia com medo para o parto mas com a equipa que me tocou o medo foi-se rápido embora.(...) adorei a equipa que me fez o parto e agradeço do fundo do meu coração por tudo o que elas me ajudaram” (R7)</p> <p>“Tudo se tornou mais fácil (...) com o apoio delas.” (R9)</p> <p>“As enfermeiras foram excelentes comigo.” (R10)</p>

		<p>Esclarecimento e a explicação de procedimentos</p>	<p>“...para que o momento fosse mais fácil de suportar, com as dicas dos profissionais...” (R1)</p> <p>“...onde me foi explicado cada passo.(...) mas com muitas explicações do que me estavam a fazer.” (R2)</p> <p>“...com o incentivo dado pelas enfermeiras, que me acalmaram e incentivaram a ter calma e me deixaram mais confiante.” (R3)</p> <p>“O acompanhamento da equipa especialista foi fundamental no processo de controlo da respiração e movimentos de expulsão.” (R4)</p> <p>“...ajudaram-me a relaxar e aperceber que estava tudo bem comigo e com o meu bebé.” (R10)</p>
--	--	---	---



**APÊNDICE IV - Resultados de cada questão das subescalas 1, 2, 3  
e 4 do QESP**



**Resultados de cada questão das subescalas 1, 2, 3 e 4 do  
QESP**

Questão	Média ± Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
QESP1.1	3,80 ± 0,422	4,00	3	4
QESP1.2	3,80 ± 0,422	4,00	3	4
QESP1.3	3,70 ± 0,483	4,00	3	4
QESP1.4	4,00 ± 0,000	4,00	4	4
QESP1.5	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP1.6	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP1.7	3,20 ± 0,919	3,50	2	4
QESP1.8	3,30 ± 0,675	3,00	2	4
QESP1.9	3,80 ± 0,422	4,00	3	4
QESP1.10	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP1.11	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP1.12	4,00 ± 0,000	4,00	4	4
QESP1.13	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP1.14	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP2.1	3,40 ± 0,843	4,00	2	4
QESP2.2	3,20 ± 0,789	3,00	2	4
QESP2.3	3,10 ± 1,101	3,50	1	4
QESP2.4	2,60 ± 1,075	2,00	1	4
QESP2.5	2,80 ± 0,919	3,00	1	4
QESP2.6	2,40 ± 0,699	2,00	2	4
QESP2.7	3,10 ± 0,876	3,00	2	4
QESP2.8	2,80 ± 0,919	2,50	2	4
QESP2.9	3,30 ± 0,483	3,00	3	4
QESP2.10	3,10 ± 0,876	3,00	1	4
QESP2.11	3,20 ± 0,632	3,00	2	4
QESP2.12	3,10 ± 0,738	3,00	2	4
QESP2.13	2,80 ± 0,789	3,00	2	4
QESP2.14	3,70 ± 0,483	4,00	3	4
QESP2.15	3,70 ± 0,483	4,00	3	4
QESP2.16	3,70 ± 0,483	4,00	3	4
QESP2.17	3,90 ± 0,316	4,00	3	4
QESP2.18	3,70 ± 0,675	4,00	2	4

QESP2.19	$3,80 \pm 0,422$	4,00	3	4
QESP2.20	$3,30 \pm 0,949$	4,00	2	4
QESP2.21	$3,30 \pm 0,823$	3,50	2	4
QESP2.22	$3,60 \pm 0,699$	4,00	2	4
QESP3.1	$2,60 \pm 0,516$	3,00	2	3
QESP3.2	$2,80 \pm 0,632$	3,00	2	4
QESP3.3	$2,20 \pm 0,789$	2,00	1	4
QESP3.4	$2,30 \pm 1,059$	2,00	1	4
QESP3.5	$2,30 \pm 1,059$	2,00	1	4
QESP3.6	$2,10 \pm 0,994$	2,00	1	4
QESP3.7	$2,80 \pm 0,789$	3,00	2	4
QESP3.8	$2,90 \pm 0,738$	3,00	2	4
QESP3.9	$5,10 \pm 2,644$	5,00	1	10
QESP3.10	$6,30 \pm 2,791$	7,00	1	10
QESP3.11	$4,90 \pm 2,807$	6,00	0	8
QESP3.12	$6,40 \pm 3,471$	8,00	0	10
QESP4.1	$3,80 \pm 0,422$	4,00	3	4
QESP4.2	$3,80 \pm 0,422$	4,00	3	4
QESP4.3	$3,00 \pm 0,471$	3,00	2	4
QESP4.4	$2,80 \pm 0,632$	3,00	2	4
QESP4.5	$3,70 \pm 0,483$	4,00	3	4
QESP4.6	$3,50 \pm 0,527$	3,50	3	4